



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

## **Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro Priale Prialé Huancayo – 2016**

### **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

#### **AUTOR**

Lilia AGUILAR ONOFRE

#### **ASESOR**

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Aguilar L. Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo-2016 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

---

**CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DEL PROFESIONAL DE  
ENFERMERIA SOBRE VALORACIÓN Y CONTROL DEL  
DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO HOSPITAL  
NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE  
HUANCAYO – 2016**

*A Dios, a mis padres esposo e hija,  
por el apoyo incondicional en todo  
momento guiándome a la superación  
en mi vida profesional.*

*A mi Alma Mater la Universidad  
Nacional Mayor de San Marcos Unidad de  
Post Grado Programa de Segunda  
Especialización en Enfermería, por  
acogernos y darnos la oportunidad de ser  
profesionales competentes, íntegros, y  
con alta calidad humana al servicio de los  
más necesitados.*

*A todos los profesores que con su  
valiosa enseñanza, asesoramiento,  
constante motivación, orientación y  
comprensión contribuyeron en la  
culminación del presente trabajo de  
investigación.*

*A las autoridades del Hospital Nacional  
Ramiro Priale Priale Huancayo por las  
facilidades brindadas y a todos los  
profesionales de Enfermería de los  
servicios de Medicina I, II,  
Especializada, Oncología por su  
valiosa colaboración en la culminación  
del presente trabajo de investigación.*

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>8</b>
 <b>CAPÍTULO I. INTRODUCCION</b>	
1.1. Situación Problemática	12
1.2. Formulación del Problema	15
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	16
1.5. Propósito	17
 <b>CAPÍTULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes	18
2.2. Base Teórica	21
2.3. Definición Operacional de Términos	64
 <b>CAPÍTULO III. METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	66
3.2. Lugar de estudio	66
3.3. Población de estudio	67
3.4. Criterios de selección	67
3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	67
3.6. Procedimiento de análisis e interpretación de la Información	68
3.7. Consideraciones Éticas	69
 <b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
4.1. Resultados	70
4.2. Discusión	75
 <b>CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	83
5.2. Recomendaciones	85
5.3. Limitaciones	86
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016.	XVIII
2	Prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016.	XIX
2	Conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016	XX
4	Prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016.	XXII

## RESUMEN

**AUTOR : LILIA AGUILAR ONOFRE**

**ASESOR : JUANA ELENA DURAND BARRETO**

El **Objetivo** fue determinar los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo – 2016. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 22. La técnica fue la encuesta y la observación y los instrumentos un cuestionario y la lista de cotejo aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100 % (22), en cuanto a los conocimientos del profesional de enfermería sobre la valoración y control del dolor 64% (14) no conocen y 36% (8) conocen; acerca de las prácticas 73% (16) es inadecuada y 27% (6) adecuada. Los ítems que no conocen 68% (15) está dado a que la OMS sugieren no combinar analgésicos de 2do y 3er escalafón; los ítems que conocen 64% (14) reconocen que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable y 59% (13) que el dolor es subjetivo. En cuanto a la práctica inadecuada 82% (18) no determinan la intensidad del dolor, 82% (18) no registra en la historia la localización, tipo e intensidad del dolor, mientras que lo adecuado 50% (11) se colocan guantes estériles, y 32% (7) realiza la curación y mantenimiento de intimas en forma correcta. **Conclusiones.** El mayor porcentaje no conocen que la oxicodona es un opioide potente que no tiene techo analgésico, que la escala numérica 1 es no dolor y 10 máximo dolor, y los ítems que la mayoría conocen es que la mejor opción para el tratamiento del dolor oncológico prolongado moderado – intenso es la morfina. Mientras que la práctica inadecuada la mayoría no determinan el tipo de dolor, y lo adecuada porque que la punción en el tejido subcutáneo debe realizarse con la menor manipulación posible, y localizar el dolor.

**PALABRAS CLAVES.** Conocimientos sobre valoración del dolor. Prácticas de control del dolor. Paciente oncológico. Enfermería Oncológica



## SUMMARY

**AUTHOR: LILIA AGUILAR ONOFRE**

**ADVISOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO**

The **objective** was to determine the knowledge and practices of nursing professional valuation and pain in cancer patients Prialé National Hospital Ramiro Prialé Huancayo - 2016. **Material and Methods.** The study was applicative level, quantitative type, descriptive method of cross section. The population consisted of 22. The technique was the survey and observation instruments and a questionnaire and checklist applied prior informed consent. **Results.** 100% (22), regarding the knowledge of nursing professionals on the evaluation and control of pain 64% (14) do not know and 36% (8) known; about 73% practices (16) is inadequate and 27% (6) adequate. Items who do not know 68% (15) is given to WHO suggest not combine analgesics 2nd and 3rd echelon; the items they know 64% (14) recognize that pain is an unpleasant sensory and emotional experience and 59% (13) that pain is subjective. As for inadequate practice 82% (18) do not determine the intensity of pain, 82% (18) not recorded in history, location, type and intensity of pain while I right 50% (11) sterile gloves are placed and 32% (7) performs the healing and maintenance of intimate correctly. **Conclusions.** The highest percentage do not know that oxycodone is a potent opioid that has analgesic ceiling, that the numerical scale 1 is no pain and 10 maximum pain, and items that most know is that the best option for the treatment of cancer pain prolonged moderate - intense is morphine. While inadequate practice most do not determine the type of pain, and appropriate because the puncture in the subcutaneous tissue should be done with the least possible handling, and locate the pain. **KEY WORDS:** Knowledge about pain assessment. Pain management practices. oncologic patients. Oncology nursing

## **PRESENTACION**

En los últimos años el incremento de las enfermedades crónico degenerativas, dentro del cual se encuentra la diabetes (DBT), la hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares, el cáncer, entre otras. El cáncer es una de las enfermedades que afecta el estilo y calidad de vida de muchas personas sin distinción de sexo y edad, siendo uno de los síntomas que más afecta y compromete su estado general el manejo y control del dolor.

Los pacientes con cáncer pueden presentar como una de los síntomas más frecuentes el dolor, originado por múltiples causas derivado de la progresión del tumor, patología y cirugía entre otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos invasivos, así como por la toxicidad de la quimioterapia, radioterapia e infecciones o dolor muscular ocasionado por actividad física limitada. La incidencia del dolor en pacientes con cáncer depende de la naturaleza y el estadio de la enfermedad. Al momento del diagnóstico y en estadios intermedios, el 30 al 45 % de los pacientes experimentan dolor moderado a severo. En promedio cerca del 75% de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor severo. De los pacientes con cáncer, 40 a 50 % informan dolor moderado a severo y el otro 25 a 30 % dolor muy severo. <sup>1</sup>

En aproximadamente el 90 % de los pacientes, el dolor por cáncer puede ser controlado con medidas relativamente sencillas, y aun así un informe del Instituto Nacional de Cáncer, indica que el tratamiento inadecuado del dolor y de otros síntomas del cáncer es un problema de salud pública serio y descuidado. De ahí que el control del dolor por cáncer es un problema de alcances internacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en que todas las naciones deben dar

alta prioridad para el establecimiento de programas de vigilancia del alivio del dolor por cáncer.

El control del dolor merece prioridad por varias razones, toda vez que el dolor mal tratado causa sufrimiento innecesario, disminuye la actividad, el apetito, el sueño, y puede debilitar aún más el estado general del paciente. El impacto psicológico puede ser devastador. Los pacientes con cáncer frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece el dolor, asumiendo que esta anuncia el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal. Estos síntomas generalmente se resuelven en pocas semanas con apoyo de la familia y de las personas que participan en el equipo de cuidado.

De modo que la evaluación adecuada del dolor es necesaria para su correcto tratamiento, ya que es un síntoma complejo que no puede ser evaluado de forma sencilla; siendo necesario dedicar tiempo a esta evaluación y conocer las herramientas que se pueden utilizar, solo así podremos contribuir a eliminar el dolor en nuestros pacientes. Por lo que como parte de la nueva cultura en los hospitales, se requiere abordar la adecuada valoración y tratamiento del dolor como el pilar primordial de la calidad de los servicios de salud que brinda el personal de salud, cuyo objetivo fundamental es el de garantizar la calidad de la atención al paciente y su familia.

El desafío para los servicios de la salud es organizar e implantar un sistema de control de la calidad, basado en el control del dolor en pacientes oncológicos, con estrategias ligadas principalmente a la evaluación adecuada del dolor. Sin embargo, diversas características de la prestación de atención de salud no permite una adecuada

valoración del dolor y ello conlleva a un fracaso en el control del dolor de los pacientes y el sufrimiento de la familia.

La evaluación del dolor del paciente con cáncer es un imperativo para todos los profesionales de salud, en especial para enfermería ya que el cuidado es continuo durante las 24 horas del día, y debe evaluar el dolor con escalas fáciles de utilizar y documentar la eficacia del alivio del dolor a intervalos regulares después de iniciar o rotar un tratamiento. De ahí que para que la eficacia del plan terapéutico sea efectiva debe ser la valoración del dolor realizado en forma continua, y los reportes del dolor deben ser bien documentados, a fin de conducir a los ahorros de recursos para los servicios de salud, para sus pacientes y reducir la morbilidad y la mortalidad secundaria al inadecuado manejo del dolor, particularmente en pacientes con cáncer terminal en las unidades de oncología, áreas de medicina, donde los pacientes que generalmente están severamente comprometidos presentan el 75% dolor severo.

El presente estudio titulado “Conocimientos y Prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo – 2016”, tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico. Con el propósito de que a partir de sus hallazgos permita diseñar un programa de educación permanente dirigido a los profesionales de enfermería en el servicio de oncología orientado a la implementación de estrategias y técnicas participativas que contribuyan a valorar y controlar el dolor en el paciente oncológico y disminuir el riesgo a complicaciones derivadas del manejo y control del dolor,

mejorando su calidad de vida, disminuyendo la estancia hospitalaria y costos hospitalarios.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que comprende el nivel y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento, procedimiento de análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA**

La valoración y el control adecuado del dolor en pacientes oncológicos representan en la práctica una tarea amplia y compleja para la cual resulta indispensable la información epidemiológica, escalas de autoevaluación del dolor y fisiología del dolor, así como la existencia de una eficiente administración hospitalaria y el involucramiento del personal de enfermería en las acciones orientadas al control del dolor. En tal sentido cada miembro dentro del equipo de salud de acuerdo a su perfil profesional, debe asumir con responsabilidad las funciones y actividades que le competen para contribuir a disminuir el riesgo a complicaciones derivadas del dolor en pacientes oncológicos.

El dolor es uno de los síntomas que más afecta la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto controlarlo es una prioridad para el equipo de salud. Todo paciente con enfermedad oncológica en fase inicial o avanzada puede llegar a sentir dolor y tienen derecho a un buen control de este.<sup>2</sup>

Por diversas razones, hay una orientación predominantemente curativa de la medicina actual y una limitada formación en cuidados paliativos y control del dolor, la atención estándar recibida por los enfermos con dolor no alcanza el grado de desarrollo necesario. Se ha evidenciado la coexistencia de situaciones de encarnizamiento y de abandono terapéutico. Existe una demanda generalizada de una atención centrada en el ser humano, de calidad y a costos razonables, que

permita un control adecuado del dolor y mejorar la calidad de vida. A esto se suma que las salas de emergencia y hospitalización están colapsadas por un gran porcentaje de pacientes oncológicos que ingresan por diferentes tipos de dolor.<sup>3</sup>

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, viene trabajando en forma ardua y constante en dos sentidos; declarar el dolor como el quinto signo vital y declarar el alivio del dolor como un derecho humano fundamental.

Tomar decisiones correctas basadas en el conocimiento adquirido sobre la evaluación del dolor y tratamiento de este, permite hacer uso adecuado y preventivo de los recursos terapéuticos para aliviar el dolor, así como evaluar la efectividad de estas terapéuticas y el accionar de enfermería. <sup>4</sup> Por ello el profesional de enfermería asume el reto y la obligación de una formación integral y moral basado en el dolor para atender de la forma más correcta y ética posible, la demanda de estos pacientes exigiendo a su vez a los facultativos, los tratamientos analgésicos correspondientes.<sup>5</sup>

De modo que Lima – Ciudad y algunas regiones cuentan con instituciones de salud como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Onco salud /Total Care y el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (Es Salud Sabogal), cuentan con programas especializados para el control del dolor y manejo de pacientes terminales, con respaldo de instituciones como OMS, ALCP, OPS entre otras.

En el servicio de Medicina Adultos (Oncología) del Hospital Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, se ha observado la afluencia de pacientes

oncológicos cuya principal manifestación clínica es el dolor, el cual es mayor en pacientes con tratamiento oncológico activo y en aquellos que se encuentran en estadios avanzados y fases terminales- Asimismo se ha evidenciado que en algunas ocasiones las enfermeras omiten el uso de escalas para valorar el dolor, no se cuenta con guías de procedimientos, protocolos para valoración del dolor, manejo terapéutico establecido por la OMS, así como también la sobrecarga laboral y falta de tiempo para evaluar adecuadamente el dolor.

Al interactuar con el personal de enfermería, manifiestan “hay muchos pacientes, falta personal de enfermería, no todas las enfermeras son especialistas, poca experiencia en el manejo de paciente oncológico, no hay medicamentos para controlar el dolor, no aplicación de las escalas del dolor, desconocimiento de las escalas para valorar el dolor en paciente inconsciente, no hay un protocolo de atención para la valoración y control del dolor en el paciente oncológico, no existe una guía de procedimientos para manejo del dolor, no conocen la tabla de equianalgesia de los diferentes fármacos, manifiestan “hacemos lo que podemos”, “es difícil monitorizar la eficacia del tratamiento del dolor”, “muchos pacientes continúan con dolor pese que se le administró el tratamiento indicado”, “no se puede atender a todos.... muchas veces es necesario priorizar nuestra atención”, “no registró en la historia clínica porque falta tiempo y a veces nos olvidamos de anotar el efecto del tratamiento”, entre otras expresiones. Esta situación permitió formular algunas interrogantes en torno a ¿cuál es la actitud de la familia frente al dolor que experimenta el paciente en el hogar?, ¿cuáles son los conocimientos de los enfermeros sobre la valoración y control del dolor en pacientes oncológicos?, ¿cuál es la percepción de los familiares sobre la calidad de atención que brinda la enfermera al paciente oncológico con dolor?, ¿cuál es la efectividad en el uso de la



escala para la valoración del dolor?, ¿cuál es la participación de la familia en el cuidado del paciente oncológico con dolor en el hogar?, entre otros.

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo – 2016?

## **1.3. JUSTIFICACION**

En los últimos años la incidencia de cáncer se ha incrementado notablemente, en personas de diferente sexo y edad, así como de tipos y estadios, siendo el dolor un síntoma muy frecuente e inevitable que aparece sobretodo en pacientes en fase terminal o estadios avanzados. Por lo que el profesional de salud debe aplicar durante su quehacer profesional las diferentes estrategias para valorar utilizando diversas herramientas que permitan evaluar y controlar el dolor. De ahí que el profesional de Enfermería que labora en los servicios con pacientes oncológicos debe aplicar los diversos instrumentos de valoración del dolor con que cuenten para identificar precozmente la intensidad, localización, frecuencia e irradiación a otros lugares a fin de que apliquen las medidas pertinentes y los medicamentos señalados en el esquema para el manejo y control del dolor. Toda vez que el dolor no es inevitable, pero se puede reconocer y combatir o controlar; considerando el respeto a la vida y a la persona, a la dignidad y la intimidad del paciente y su familia, esto es reconocer su sufrimiento y

contribuir a disminuir el riesgo a complicaciones para prevenir y evaluar el sufrimiento y la angustia de las personas y participar en su alivio; proteger, mantener, restaurar y estimular la salud de las personas o la autonomía de sus funciones vitales, físicas y psíquicas, teniendo en cuenta la personalidad de cada una ellas y de sus componentes psicológicos, social, económico y cultural.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. OBJETIVOS GENERALES**

- Determinar los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2016.
- Determinar las prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2016.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2016.
- Identificar las prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2016.

### **1.5. PROPÓSITO**

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución, el departamento de enfermería, enfermera jefe del servicio y personal profesional de enfermería del servicio para que reflexionen y le permita diseñar un Programa de Educación Permanente dirigida a los profesionales de enfermería a fin de actualizar de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología sobre la valoración, y control del dolor en pacientes oncológicos, promoviendo en el personal la elaboración de guías de procedimientos, protocolo de atención y materiales educativos orientado a controlar en la mejora de la calidad de atención de enfermería al paciente y disminuir el riesgo a complicaciones.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### A Nivel Internacional

Salvadó-Hernández Cristina, Fuentelsaz-Gallego Carmen, Arcay-Veira Carmen , Concepción López-Meléndez, Villar-Arnal Teresa, Casas-Segala Neus; el 2009, en España, realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III”, cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y actitudes que sobre el dolor tienen las enfermeras de las unidades de cirugía general y oncología de hospitales de nivel III, y conocer si existen diferencias entre ambos grupos. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo multicentrico observacional, analítico y transversal, la muestra estuvo conformado por todas las enfermeras que trabajaban en las unidades mencionadas, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario validado Nurses’ Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. La conclusión fue que *“el nivel de conocimientos que sobre el dolor tienen las enfermeras estudiadas no es demasiado elevado. Sería necesario impartir formación específica y evaluar su impacto”*.<sup>6</sup>

Troncoso Véjar Marcelo, Araneda Pagliotti Gloria, Gutiérrez Cádiz Claudia, Acuña Ortiz Héctor, Zañartu Gaete Fernanda; en Chile, el 2003, realizaron un estudio sobre “Evaluación del manejo del dolor y factores asociados en usuarios adscritos al Policlínico del Dolor y

Cuidados Paliativos del Hospital Herminia Martín de Chillán, Chile”, cuyo objetivo fue identificar el manejo y evaluación del Dolor, considerando algunos de sus factores asociados en usuarios adultos y adultos mayores adscritos al Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Herminia Martín de Chillán, la muestra estuvo conformada por 59 usuarios, de ambos sexos, de zona urbana y rural, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario y la Escala Visual Análoga del Dolor (Scott - Huskinsson) y la Escala Analgésica de la OMS para clasificación del tratamiento farmacológico. Los resultados obtenidos indican que el 64,4% de la muestra no presenta dolor al momento de aplicar la encuesta, el 49,2% tiene entre 66 y más años de edad, son de sexo femenino el 59,3%, un 84,7% vive en el sector urbano, con escolaridad el 91,5%, en tramo beneficiaria A y B se encuentra el 88,1%, con pareja el 52,5%, este mismo porcentaje de usuarios no conoce su diagnóstico y el 52,9% utiliza opioides en un periodo de 1 a 4 meses. Las variables que mostraron significancia estadística fueron el uso y tipo de opioide para el manejo del dolor. <sup>7</sup>

#### A Nivel Nacional

Salas Vega Margarita, el 2005, en la Oroya - Perú, realizó un estudio titulado “Nivel de conocimientos de los enfermeros del Hospital Alberto Hurtado Abadía EsSalud – La Oroya sobre el proceso de atención de enfermería y su aplicabilidad de agosto a diciembre 2005”. El cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas, y su aplicabilidad en la atención al paciente. El método fue descriptivo. La población estuvo constituida por 33 enfermeros. El instrumento que utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras: Que el

55% de los licenciados poseen un nivel de conocimiento medio sobre el PAE, el 30% posee un nivel alto y el 15% nivel bajo. Referente a la variable aplicabilidad del PAE el 91% de los licenciados refirió obtener los datos para la valoración del paciente, así mismo el 91% considera que la relación enfermera- paciente se objetiviza en la historia clínica cuando en las anotaciones de enfermería se registran las inquietudes del paciente y el apoyo emocional que se brinda, el 70% manifiesta brindar cuidados basados en diagnósticos de enfermería, y el 27% refirió aplicar el PAE.”<sup>8</sup>

López Aguilar Luis, en Lima, el 2001, realizó un trabajo de investigación sobre “Conocimientos y Actitud de la Enfermera frente al dolor que presentan los pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima - Perú. El objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y la actitud de las enfermeras en la atención de pacientes con cáncer que sufren dolor. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue obtenida mediante el muestreo estratificado aleatorio simple conformada por 378 (45.6%) trabajadores de salud de la población de trabajadores del INEN. La técnica fue la encuesta y los instrumentos un cuestionario y una escala de Likert modificada. La conclusión entre otras fue que *“la mayoría de las enfermeras asistenciales tenían conocimiento regular y una actitud de indiferencia frente al dolor de sus pacientes. La experiencia profesional y la capacitación no influyen en la actitud de la enfermera asistencial.*”<sup>9</sup>

Por los estudios revisados, se puede evidenciar que existen algunos estudios relacionados; los cuales ha permitido diseñar la estructura de la base teórica y la metodología, siendo importante que a partir de los resultados permita diseñar e implementar programas de educación

permanente dirigida a los profesionales de enfermería, con estrategias y técnicas participativas orientadas a disminuir el riesgo a complicaciones y promover la elaboración de protocolos de atención destinadas a favorecer el proceso de recuperación, evitar las complicaciones y recidivas fomentando el autocuidado; contribuyendo a mejorar la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería al paciente oncológico con dolor.

## **2.2. BASE TEORICA**

### **GENERALIDADES SOBRE CANCER**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de que en las próximas dos décadas se espera un incremento del 70% de nuevos casos de cáncer, así se prevé llegar a 24 millones de nuevos diagnósticos debido al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población, en comparación con un estimado de 15 millones por año en 2015. A pesar de los grandes avances se han hecho en el tratamiento y prevención del cáncer en los últimos años, la carga mundial del cáncer sigue aumentando y se espera que sea casi el doble que en 2030".

Alrededor del 50% de los casos de cáncer se podrían prevenir. Los individuos y los gobiernos, en conjunto, pueden desempeñar un papel vital en la reducción del riesgo de desarrollar cáncer. Según los datos actualizados publicados POR LA OMS, el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo, lo que representa 8,2 millones de muertes en 2012, según el último dato Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC). Las causas más comunes de muerte por

cáncer son el cáncer de pulmón (1,59 millones de muertes); cáncer de hígado (745.000 muertes); cáncer de estómago (723.000 muertes); cáncer colorrectal (694.000 muertes); cáncer de mama (521.000 muertes), y cáncer de esófago (400.000 muertes). La organización internacional recuerda que el consumo de tabaco, de alcohol, una dieta poco saludable y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en todo el mundo. No obstante, existen algunas infecciones crónicas son factores de riesgo para el cáncer y tienen mayor relevancia en países de bajos y medianos ingresos. Asimismo, la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC) y algunos tipos de virus del papiloma humano (VPH) aumentan el riesgo de cáncer de cuello de útero y de hígado, respectivamente; y la infección por el VIH aumenta sustancialmente el riesgo de cáncer, como el cáncer de cuello uterino.

Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumento de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar. Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento. En los EE.UU, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas, mientras que en Brasil sólo el 20% lo son y en México



sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana. No hay datos disponibles públicamente sobre cuánto dinero se invierte actualmente en el control del cáncer en América Latina; sin embargo, hay una variación sustancial en el porcentaje del producto interno bruto (PIB) destinado a la atención general de la salud en la región, que oscila entre el 5% para Bolivia, Jamaica, Perú y Venezuela y el 10.9% para Costa Rica.

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo.<sup>10</sup>

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) el 2008, los casos proyectados en la población peruana de aproximadamente 30 millones de habitantes, se tiene que cada año se diagnostican más de 45000 casos nuevos de cáncer.

Los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana permiten evidenciar que en el año 2011 se diagnosticaron en Lima Metropolitana un total de 34 000 casos nuevos de cáncer; asimismo, si a estos datos se incluyen los del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa y los del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo se estima que para el año 2015, se diagnosticarían 46 264 casos nuevos a nivel nacional. Los datos del Registro de Cáncer Poblacional

de Arequipa, encuentran para el período 2004-2007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100 000 habitantes (Incluyendo el cáncer de piel no melanoma) observándose nuevamente una mayor incidencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (269.0 por 100 000 versus 183.1 por 100 000 respectivamente). Asimismo, los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo publicados en el documento “Cancer incidence in five continents”, encuentran una incidencia de cáncer de 159.8 casos por 100 000 en varones y de 190.3 casos por 100 000 en mujeres (Sin incluir al cáncer de piel no melanoma). Esta situación de tasas de incidencia más altas en mujeres que en hombres constituye una situación distinta de la reportada a nivel mundial y en la región.

## **ESTIMACIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER EN EL PAÍS.**

AÑO	CASOS ESTIMADOS
-----	-----------------

2002	35 500
------	--------

2004	39 860
------	--------

2008	42 184
------	--------

2015	46 264
------	--------

2025	51 695
------	--------

*Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*

En este contexto, el Estado Peruano ha declarado de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos poniendo en marcha en Noviembre del año 2012 el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos del Perú<sup>12</sup> denominado PLAN ESPERANZA (D.S. N° 009-2012-SA). Se espera que el Plan Esperanza, implemente las mejores estrategias para mejorar el acceso de la población a los servicios oncológicos para la atención del cáncer,

priorizando la población más vulnerable. El Plan Esperanza debe ser también, el principal usuario de la información generada por la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer para la toma de decisiones. <sup>11</sup>

En la ciudad de Huancayo el Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas, a la fecha ha atendido a más de 17 mil personas, cuyas atenciones priman como estadística de cérvix (cuello uterino) en primer lugar, seguido de cáncer de mama en mujeres, en varones el cáncer de próstata, y en ambos sexos con una alto índice el cáncer gástrico. En la región Junín al I semestre de 2015 se brinda tratamiento a 677 pacientes en este centro. De esa cantidad, 207 pacientes son mujeres que padecen de cáncer de cuello uterino, seguido de 142 pacientes con cáncer gástrico. A los pacientes se les brinda atenciones por quimioterapia, radioterapia, cirugías oncológicas y rehabilitación.

Una de las principales causas es la Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Es el principal causante del cáncer de cuello uterino y del 98% de las lesiones precancerosas. Este virus se transmite por las relaciones sexuales. Lo otro es la promiscuidad y las múltiples parejas, se ha demostrado que el número de parejas del varón es un factor de riesgo, dado que es él quien transmite el virus causante de la enfermedad durante las relaciones sexuales. Tercero el inicio de la relación sexual precoz en las adolescentes. Cáncer gástrico es por los malos hábitos. <sup>12</sup>

## **CANCER**

Es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros

tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.<sup>13</sup>

## **ORIGEN DEL CANCER**

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre dichos factores se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.<sup>14</sup>

## CARCINOGENESIS

Para que una célula normal cambie su fenotipo y se convierta en una célula neoplásica, se requieren varias mutaciones en varios genes, y eso ocurre a través de mucho tiempo, a veces de años, de estar expuesto a un agente carcinogénico. El cáncer comienza en una célula, es decir que es de origen monoclonal. Esa célula alterada escapa a los controles que anteriormente habíamos mencionado y se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más “células anárquicas”, que, a su vez, pueden inducir a cambios similares en las células vecinas. Pero no sólo afectan a la célula las mutaciones inducidas por los carcinógenos sino que, a lo largo de cada división celular (recordemos que pueden llegar a 50 divisiones), se producen errores espontáneos en cada duplicación y los mismos se van acumulando constituyendo un factor intrínseco de riesgo; aquí vale la pena señalar que los radicales libres son productos normales del metabolismo celular, pero un exceso de los mismos puede acarrear efectos genotóxicos, por lo cual toma vigencia el valor de los suplementos dietarios con antioxidantes. Etapas de la carcinogénesis y acción de los carcinógenos Éstos pueden actuar en una o en las tres etapas de la carcinogénesis, que son las siguientes:

**LA INICIACIÓN:** ocurre a nivel del genoma y las alteraciones pueden darse en los tumores benignos y malignos al igual que la segunda etapa, pero la tercera, o sea la de progresión, es exclusiva de la transformación maligna. Los agentes que actúan en la primera etapa pueden ser: FÍSICOS, QUÍMICOS o VIRALES.

**LA PROMOCIÓN:** representa la etapa de crecimiento tisular con la formación del tumor. Participan: los factores de crecimiento y los

receptores a los factores de crecimiento, como así también la angiogénesis y degradación de las matrices extracelulares.

**LA PROGRESIÓN:** implica la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancia por parte de la célula tumoral maligna. Esa capacidad está codificada también en los genes de la misma con modificaciones estructurales y funcionales.

### **LA CASCADA METASTÁSICA**

Las células neoplásicas tienen incrementado su metabolismo y, por ende, requieren de mayor aporte de oxígeno; en las mismas existen genes que codifican factores que estimulan la angiogénesis tumoral, que es el primer requisito necesario para iniciar la cascada metastásica. Lo fundamental de esta etapa de progresión es comprender las dificultades que debe superar la célula maligna para colonizar en un lugar distante de su sitio de origen. Baste saber que sólo una célula de entre diez mil que logre introducirse al torrente sanguíneo o linfático podrá asentarse para desarrollar un foco metastático, para lo cual:

- La célula maligna debe desprenderse de sus vecinas y “navegar” por el espacio intercelular y atravesar la membrana basal (degradación de matrices).
- Debe introducirse al vaso sanguíneo o linfático (migración celular).
- Debe sobrevivir al ataque de la respuesta inmune (respuesta inmune).
- Debe atravesar nuevamente la pared vascular y “anidar” en otro tejido que muchas veces no comparte su estirpe (colonización metastásica).

## DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

El proceso diagnóstico del cáncer implica un trabajo multidisciplinario en el cual intervienen médicos, enfermeros y técnicos. Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento depende de la histología y de la extensión de la enfermedad. En la actualidad, para efectuar el diagnóstico se requiere conocer la histología, el grado tumoral, la inmunohistoquímica y el estadio. Esto ha permitido el desarrollo de planes de tratamiento que han mejorado las tasas de supervivencia y en algunos casos la curación.

La historia clínica, el examen físico, los signos y síntomas actuales aportan una importantísima información para el diagnóstico y para la planificación de los cuidados y del tratamiento. El examen físico de enfermería es una valoración sistemática céfalo-caudal de los principales sistemas corporales.

Después de establecer la presencia de un tumor, pueden realizarse más estudios para determinar el estadio.

**Estudios radiológicos:** Se comienza a estudiar al paciente, según cada caso, con una simple placa de tórax, mamografías, radiografía simple de abdomen. En algunos casos se pueden incluir estudios radiográficos contrastados del tracto gastrointestinal. La tomografía axial computada (TAC) combina las imágenes radiológicas con la tecnología de las computadoras y muestra cortes transversales múltiples de las estructuras internas. Estas imágenes se basan en la diferencia de densidad de los tejidos; en ocasiones se utilizan contrastes yodados para obtener imágenes más nítidas y detalladas.

Resonancia magnética nuclear (RMN) La RMN proporciona imágenes de los tejidos blandos sin interferencia de los huesos.

Este procedimiento es excelente para visualizar los tejidos que con otras técnicas quedan ocultos por el tejido óseo, como, por ejemplo, el sistema nervioso central, el mediastino, etc. La RMN también muestra anomalías vasculares, edema y otros tumores. Esta técnica diagnóstica es la de elección para el diagnóstico de tumores cerebrales en la población pediátrica. Ecografía este procedimiento se basa en la emisión de ondas sonoras en una zona determinada y éstas, al chocar con estructuras sólidas, permiten visualizar imágenes más densas. La ecografía permite detectar masas abdominales, pélvicas o peritoneales. Asimismo, también evaluar masas en mama, tiroides o próstata. Centellograma Para este estudio se inyecta al paciente con radioisótopos y se rastrean en los tejidos con los cuales tiene afinidad. Las concentraciones de los radioisótopos en puntos focales indican una mayor actividad celular; esto puede deberse a una enfermedad no oncológica, a una infección o, bien, a un tumor. Este procedimiento muchas veces se utiliza para detectar metástasis óseas. Tomografía de emisión de positrones (PET) Este procedimiento sirve para medir los procesos fisiológicos y bioquímicos. Las imágenes se obtienen por la absorción selectiva o la concentración de compuestos marcados con radio por parte de las células malignas. El PET, a través de las imágenes computarizadas de secciones transversales, brinda información sobre la actividad biológica tumoral, ayuda a diferenciar los procesos benignos de los malignos y a evaluar respuesta a los tratamientos. Radioinmunoconjugados Se usan para detectar y evaluar varios tumores, como los colorrectales, en cabeza y cuello, mama, ovario, linfomas y melanomas. Se han identificado anticuerpos contra distintos tipos de carcinomas que se marcan con un radioisótopo y se



administran al paciente para ayudar a la estadificación de la enfermedad. Los anticuerpos se fijan a los lugares donde hay tumores y la centellografía ayuda a identificar a los que están ocultos.

**Endoscopia:** Esta técnica diagnóstica ha avanzado mucho en los últimos años y permite la visualización directa de muchos tejidos. La videocolonoscopia se usa en el diagnóstico del cáncer colorrectal, la broncoscopia es útil en el diagnóstico de cáncer bronco pulmonar, la gastroscopia ayuda a diferenciar las causas de los síntomas gástricos. De igual modo la broncoscopia es útil en el diagnóstico de cáncer laríngeo. Todas estas técnicas, además de permitir la visualización directa de los tejidos, facilitan la toma de biopsias.

**Estudios de laboratorio:** Para la elaboración del diagnóstico es necesario contar con un examen completo de laboratorio que incluya: hemograma completo, química básica, función hepática, función renal y orina completa. Según cada caso se pueden pedir valores de electrolitos. Marcadores tumorales Los marcadores son hormonas, enzimas o antígenos producidas por las células cancerosas. Estos elementos pueden identificarse mediante pruebas de laboratorio o anticuerpos monoclonales.

**Citología:** Consiste en el examen de células obtenidas mediante una técnica de raspado como al PAP, punción y obtención de líquidos corporales como aspiración por toracocentesis, paracentesis o punción lumbar o métodos de lavado como el BAL. Biopsia Son porciones de tejido obtenidas mediante procedimientos quirúrgicos; éstos pueden ser a cielo abierto o bien mediante endoscopias o punción con aguja abierta. En el caso de la biopsia de médula ósea se realiza por punción

y aspirado con una aguja especial. Algunas tomas de muestra se pueden realizar por punción guiada por tomografía.

**Estadificación:** Una vez confirmado el diagnóstico histopatológico de cáncer, sigue la etapa de estadificación. Éste es un sistema de clasificación basado en la extensión anatómica aparente del carcinoma; un sistema universal de estadificación permite comparar los tipos de cáncer de origen celular similar. Esta clasificación ayuda a determinar el plan de tratamiento y el pronóstico para cada paciente., evaluar y comparar resultados de los tratamientos en forma multicéntrica. La UICC desarrolló un sistema de clasificación de los tumores adoptado posteriormente por el American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Este sistema es el TNM y está basado en la valoración de 3 componentes básicos:

El TAMAÑO del tumor primario (T),

La ausencia o presencia de GANGLIOS o NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES (N); y

La ausencia o presencia de METÁSTASIS A DISTANCIA (M).

La información proveniente de la clasificación TNM se combina para definir el estadio del tumor. El estadio se determina antes de comenzar el tratamiento y es fundamental para la toma de decisiones. El estadio cambia con frecuencia después de una cirugía, cuando el estudio patológico determina con mayor precisión el tamaño del tumor y la extensión ganglionar.<sup>16</sup>

## TIPOS DE TRATAMIENTO

El diagnóstico de cáncer ya no significa una sentencia de muerte. Hoy en día, las personas con cáncer pueden beneficiarse de muchos tipos de tratamientos que pueden salvarles la vida. La detección y tratamiento del cáncer requiere una correcta coordinación de distintas especialidades, aportando una visión integral de la enfermedad para abordar con mayor garantía todos los aspectos del proceso oncológico.

Dentro de los distintos tipos de tratamiento médico nos encontramos:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Nuevas dianas terapéuticas
- Tratamientos de soporte (bifosfonatos, eritropoyetinas, factores de crecimiento, analgésicos..)<sup>17</sup>

**CIRUGÍA.-** Es uno de los pilares fundamentales del tratamiento oncológico salvo en tumores quimiocurables. Tipos de cirugía utilizadas en pacientes con tumores:

- Curativa: Extirpación completa del tumor primario con márgenes suficientes y linfadenectomía adecuada.
- Recidivas y Metástasis: en recidivas locales indicadas siempre que exista la posibilidad de radicalidad, dado que aumenta la supervivencia. En pacientes metastáticos seleccionados puede aumentar la supervivencia y ayudar al control de síntomas y a la mejor respuesta a tratamientos complementarios posteriores.

- Cirugía Citorreductora: Cuyo objetivo principal es la reducción del volumen tumoral para conseguir mayor respuesta a los tratamientos complementarios.
- Paliativa: Realizada con el único objetivo de evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**RADIOTERAPIA.-** Es el uso de un tipo de energía (llamada radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético y hacer imposible que crezcan y se dividan. Aunque la radiación daña las células cancerosas así como las normales, muchas células normales se recuperan de los efectos de la radiación y funcionan adecuadamente. El objeto de la radioterapia es destruir el mayor número posible de células cancerosas y limitar el daño que sufre el tejido sano de alrededor. En algunos casos, el objeto de la radioterapia es la destrucción completa de un tumor, en otros, el objetivo es reducir el tamaño del tumor y aliviar los síntomas. En cualquier caso, los médicos planifican el tratamiento para limitar lo más posible el daño al tejido sano.

Existen distintos tipos de tratamiento con radioterapia, en función de los objetivos buscados:

- Radical o Curativa: Utilizada fundamentalmente en tumores localizados en estadios iniciales. Permite la posibilidad de curación con preservación de órgano y función. En algunos casos posibilita el rescate quirúrgico posterior, si fuera necesario.
- Adyuvante: Tras cirugía curativa para erradicar restos tumorales subclínicos, disminuyendo el riesgo de recaída e incrementando supervivencia global. Evita cirugías mutilante (ej. Cáncer de mama)

- Neoadyuvante: Previo a tratamiento quirúrgico definitivo para mejorar la radicalidad quirúrgica y/o cirugía conservadora con preservación de órgano. Combinada con quimioterapia (Ej cáncer de recto).
- Paliativa: desaparición o mejoría de los síntomas provocados por complicación local de la enfermedad. Las indicaciones principales para el tratamiento con radioterapia paliativa son: metástasis óseas, metástasis neurológicas: encefálicas, carcinomatosis, compresión medular, vena Cava Superior, recaídas o recidivas viscerales etc.

**QUIMIOTERAPIA.-** Es un tipo de tratamiento contra el cáncer que usa medicamentos (fármacos) con la intención de destruir las células cancerosas. La vía de administración va a variar en función del fármaco: vía intravenosa en bolos, vía intravenosa en infusión continua, tratamiento oral. Las células cancerosas crecen y se dividen rápidamente y el tratamiento con quimioterapia tiene la intención de parar o retrasar el crecimiento de dichas células. No obstante, no se trata de un tratamiento selectivo frente a células tumorales sino que también puede afectar a las células sanas que crecen y se dividen rápidamente como: las células de la mucosa bucal, de la mucosa intestinal o las células que hacen crecer el pelo. Es por todo esto, que durante el tratamiento con quimioterapia aparecen efectos secundarios como consecuencia del daño a células sanas, efectos que suelen ser reversibles, es decir, que van a mejorar o desaparecer, una vez finalizado el tratamiento con quimioterapia. Dependiendo del tipo de tumor y la extensión de la enfermedad, la quimioterapia se va a administrar con unos objetivos:

- Radical o con intención curativa: Algunos tumores son curables incluso en estadios avanzados de enfermedad. En estos casos utilizamos esquemas agresivos de poliquimioterapia asumiendo toxicidades moderadas-severas. En algunos casos va a ser necesario

completar los tratamientos con radioterapia o cirugía de rescate. Los tumores quimiosensibles en los que vamos a poder utilizar quimioterapia con intención curativa son: coriocarcinoma, leucemias agudas, linfomas, tumores de células germinales, tumor de wilms, sarcoma de ewing, neuroblastoma rabdomiosarcoma

- Intención adyuvante: Tras cirugía curativa para erradicar restos tumorales subclínicos, disminuyendo el riesgo de recaída a nivel local o a distancia.

- Intención neoadyuvante: Previo a tratamiento quirúrgico definitivo para mejorar la resección completa del tumor y/o cirugía conservadora con preservación de órgano. Combinada con radioterapia (Ej cáncer de recto).

- Paliativa: Utilizada en fase avanzada de la enfermedad en tumores sensibles. El Objetivo principal de la quimioterapia paliativa va a ser aumentar calidad de vida, frenando la progresión y aumentando la supervivencia de los pacientes. El principal problema con el que nos encontramos es la toxicidad. <sup>18</sup>

## **PACIENTE CON CANCER - EL DOLOR ONCOLOGICO**

El dolor es uno de los síntomas más temidos de los enfermos con cáncer. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial de los tejidos”. Es, por tanto, una experiencia subjetiva: su vivencia depende de las características de la persona que lo experimenta. La mayoría de veces el dolor se constituye en un mecanismo de defensa, en el síntoma que algo funciona mal en nuestro organismo. Este aspecto debe tenerse siempre en cuenta a la hora de planificar el tratamiento, que no debe limitarse tan sólo en las medidas farmacológicas. Deberían identificarse

los componentes físicos y los no físicos que exacerban el dolor y tener presente el concepto de «dolor total» o sufrimiento, que engloba el estímulo físico con los factores psicológicos, sociales y espirituales de las personas afectadas, su contexto y su significado. Por ello la IASP el 2012 propone que se considere al dolor como el quinto signo vital, para que sea evaluado en forma diaria.<sup>19</sup>

## **INCIDENCIA**

El dolor está presente en un 30% de los pacientes en el momento del diagnóstico y en un 70-80% de los pacientes en las fases finales de la enfermedad. El 75% refieren dos o más tipos de dolor, y el 25% de ellos cuatro o más tipos de dolor, ya que se originan, en la mayoría de los casos, por la acción de diferentes causas. Según su intensidad, el 20% de los pacientes refieren un dolor intenso, siendo moderado en el 30% y de intensidad leve en el 24%. Los tumores más dolorosos son los óseos (85%), cérvix, cabeza y cuello, y estómago, siendo menos frecuentes en los linfomas y leucemias (5%).<sup>20</sup>

## **ETIOLOGÍA DE DOLOR ONCOLÓGICO**

El dolor causado por la acción directa del tumor (infiltración o compresión por adenopatías o por metástasis de estructuras óseas, estructuras nerviosas, vísceras, partes blandas, vasos...) es el más frecuente en los enfermos oncológicos (70%). En un 20% de los enfermos con cáncer, el dolor se aplicación de tratamientos encaminados a erradicar el tumor, debe a la como la cirugía (síndromes dolorosos postoperatorios como puede pasar tras una mastectomía), la radioterapia o la quimioterapia (toxicidad aguda y diferida: polineuropatías, mucositis, cistitis, enteritis). En ocasiones el

dolor es independiente del tumor y del tratamiento administrado, como una neuralgia post herpética, osteoporosis etc. <sup>21</sup>

Aunque con frecuencia no es posible eliminar por completo el dolor del cáncer o los síntomas que lo acompañan, el uso apropiado de las terapias disponibles puede aliviar eficazmente el dolor en la mayoría de los pacientes. El tratamiento del dolor mejora la calidad de vida del paciente durante todos los estadios de la enfermedad. Los pacientes de cáncer avanzado presentan varios síntomas simultáneos y dolor; por tanto, un manejo óptimo del dolor necesita de una evaluación sistémica de los síntomas y un manejo adecuado para obtener una calidad de vida óptima. <sup>22</sup>

### **Barreras para el control eficaz del dolor relacionado con el cáncer**

Problemas relacionados con el personal médico Profesional:

Conocimientos inadecuados sobre control del dolor.

Evaluación deficiente del dolor.

Preocupación por la regulación de sustancias controladas.

Temor de la adicción del paciente.

Preocupación por los efectos secundarios de los analgésicos.



## **CONTROL DEL DOLOR POR CÁNCER – IMPORTANCIA**

El control del dolor merece prioridad por varias razones: primero el dolor no tratado causa sufrimiento innecesario. Dado que el dolor disminuye la actividad, el apetito, el sueño, puede debilitar aún más el estado general del paciente. El impacto psicológico puede ser devastador. Los pacientes con cáncer frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece el dolor, asumiendo que este anuncia el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal.

El dolor crónico puede inducir a los pacientes a rechazar programas de tratamiento activo y cuando el dolor es más severo o los pacientes están deprimidos, pueden inducirlos al sufrimiento. Además de aliviar el sufrimiento, el control del dolor es importante, incluso cuando el proceso de la enfermedad subyacente es estable, ya que el dolor no controlado impide trabajar productivamente, disfrutar de la recreación o desempeñarse familiar o socialmente. El control del dolor debe ser prioritario, no solo en pacientes con enfermedad avanzada, sino también en aquellos cuya condición es estable y cuya esperanza de vida es prolongada.<sup>23</sup>

## **TIPOS DE DOLOR**

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor – ISAP define en 1970, al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial o que se describe como ocasionada por dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo.

**Dolor Nociceptivo y Dolor Neuropático.-** Se denomina al que aparece como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión de órganos somáticos o viscerales. También se le denomina dolor normal o sensorial. En cambio, el dolor neuropático corresponde a los síndromes dolorosos debido a cambios fisiopatológicos en el SNC y SNP.

**Dolor somático.-** Está producido por la afectación de órganos densos como huesos, músculos y tejido celular subcutáneo. Se caracteriza por estar localizado en la zona afectada, por incrementarse con la presión de dicha área y por ser sordo y continuo (aunque pueden presentarse exacerbaciones temporales en su intensidad). Responde de manera adecuada a los analgésicos no opioides y opioides. El ejemplo típico es el dolor producido por una metástasis ósea.

**Dolor visceral.-** Es aquel provocado por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras. Se expresa como dolor continuo o cólico, localizado en una zona cutánea amplia (por la cuantiosa y variada inervación de las vísceras), está pobremente localizado, es profundo y opresivo y la presión sobre la zona puede desencadenar o no dolor. En ocasiones se presenta como dolor referido (hígado y vía biliar: en escápula y hombro derecho, páncreas y retroperitoneo: en cintura lumbar etc.) Responde adecuadamente a AINE, opioides y fármacos espasmolíticos cuando hay un componente cólico.

**Dolor neuropático.-** Está provocado por la afectación del sistema nervioso como consecuencia de compresión o infiltración de los nervios periféricos, de la médula espinal o del sistema nervioso central. Puede expresarse como parestesias continuas, episodios de dolor lancinante,

o como ambos y se puede acompañar de fenómenos de hiperalgesia o alodinia como manifestación de los cambios anatómicos y neurofisiológicos producidos en la transmisión del estímulo.

**Dolor psicógeno.-** El dolor como somatización pura (dolor psicógeno) es poco frecuente en los enfermos oncológicos. En el contexto del enfermo terminal con dolor, la influencia negativa de factores como el miedo, la angustia, el aislamiento, conflictos familiares, espirituales, sociales o económicos, conforman un complejo síndrome doloroso de difícil manejo denominado dolor psicosocial o “dolor total” como lo denominó Cecily Saunders y que precisa de una actuación terapéutica multidisciplinar (tratamiento farmacológico del dolor y otros síntomas junto con medidas de apoyo emocional, psicológico y/o espiritual). <sup>24</sup>

## **VALORACIÓN DEL DOLOR - ESCALAS**

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado. <sup>25</sup>

## **CONSIDERACIONES A LA HORA DE EVALUAR EL DOLOR**

- Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma

continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente).

- Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/capacidad para colaborar.
- Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente.
- Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.
- Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación). EVA (Escala visual analógica).

El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con  $EVA \geq 7$  se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), aunque en determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible. Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes.<sup>26</sup>

## **ESCALAS PARA VALORAR EL DOLOR**

**Escala Analógica Visual (EVA).**- Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que

indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor \_\_\_\_\_ Máximo dolor

Documentos

**La Escala Numérica (EN):** Escala numerada del 0-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número según su dolor.



### ESCALAS DE EXPRESIÓN FACIAL



La escala de expresión facial presenta 6 a 8 dibujos de expresiones faciales que indican un rango de emociones. Esta escala puede ser útil en niños, en pacientes que tengan una alteración cognitiva media-moderada, o en pacientes con algún problema en el lenguaje.<sup>27</sup>

## **EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE NO COMUNICATIVO O BAJO SEDACIÓN PROFUNDA**

Es preciso recordar que el dolor, y por tanto la respuesta fisiológica a éste, existe en el paciente comatoso, ya sea en el coma de origen estructural o de origen medicamentoso. Es, por tanto, necesario e imprescindible en este tipo de pacientes evaluar y descartar la posible presencia de dolor. Aquí se pierde la herramienta fundamental de la cuantificación del dolor, es decir la referida por el paciente, por lo que nos debemos apoyar en herramientas indirectas. Hay que tener en cuenta que la falta de especificidad de los signos puede ser mal interpretada y habitualmente es infraestimada por parte del personal involucrado en su cuidado.<sup>28.</sup>

### **Indicadores fisiológicos**

La presencia de dolor puede ir asociada a hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo. Puntillo et al refirieron que la taquicardia y la hipertensión arterial son los indicadores de dolor más precisos en los pacientes críticos con incapacidad para comunicarse. Aunque estos signos no son específicos, y menos en un paciente crítico, su control con analgésicos puede ser clave como indicador de presencia del dolor. También hay que tener en cuenta que en ocasiones, paradójicamente, un paciente con dolor puede evocar una respuesta vagal.

## Indicadores conductuales

Entre estos indicadores figuran la expresión facial, la presencia de movimientos o posturas antiálgicas o el tono muscular. Teray encontró una buena correlación entre la EVA y la observación de la expresión facial por parte del evaluador. Los diferentes estudios que han comparado las escalas de conducta y la EVN han encontrado una buena correlación.

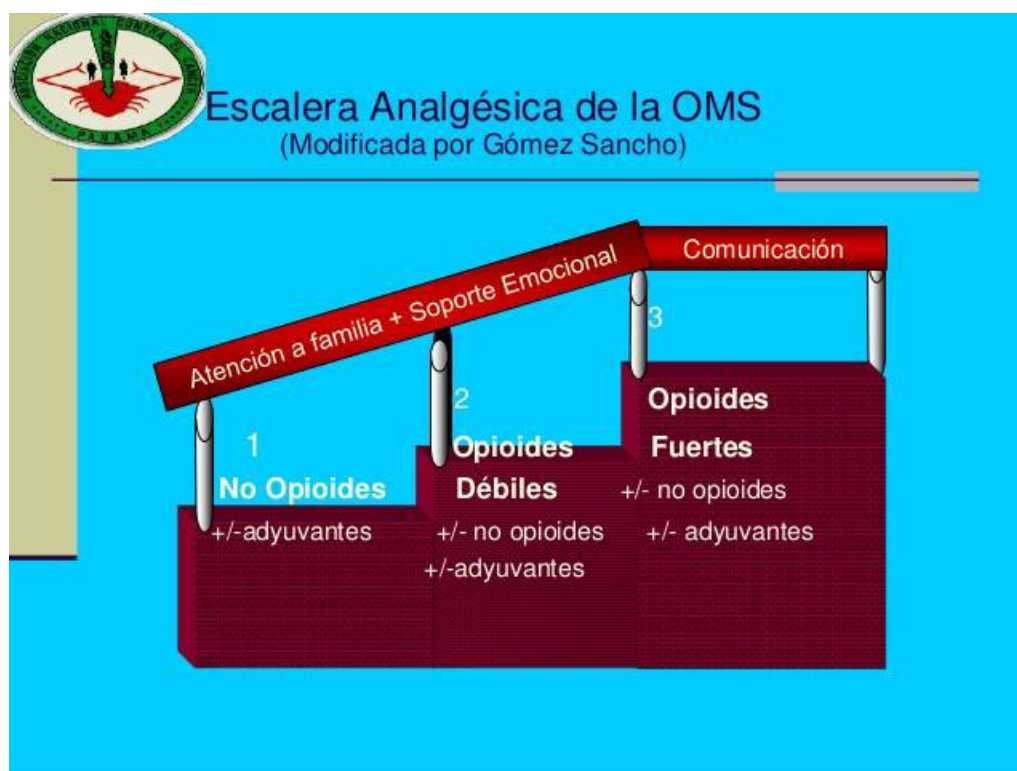
**Escala de Campbell.-** Está diseñada no sólo para evaluar la presencia de dolor, sino para cuantificar su intensidad. Su graduación del dolor del 0 al 10 la hace más equiparable a las escalas usadas en los pacientes conscientes. Sin embargo, el uso de esta escala está poco extendido y necesita ser validada.<sup>29</sup>

## Escala de Campbell

Escala de evaluación del dolor y comportamiento (Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea) Rango de puntuación: 0-10				
	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	
«Tranquilidad»	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular*	Normal	Aumentado, Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Respuesta verbal**	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole	
Puntuación Escala de Campbell *En caso de lesión medular o hemiplejía valorar el lado sano **Puede ser poco valorable en vía aérea artificial				/10
Rango puntuaciones	0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso
La puntuación ideal es mantenerlo en 3 o menos				

Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. Int J Qual Health Care. 2004;16: 59-64

## Escalera-Ascensor Analgésico de la OMS y los fármacos del dolor



La escalera analgésica es un método secuencial farmacológico que utiliza un pequeño número de medicamentos con eficacia ampliamente demostrada y seguridad probada esta es la base de las guías y protocolos del manejo del dolor en el mundo.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció las primeras recomendaciones para sistematizar el tratamiento cáncer; las cuales se basaron en la escalera del dolor de la OMS, una aproximación para el uso de analgésicos paso a paso según la severidad del dolor. La OMS estratifica tres escalones en la aproximación de los fármacos analgésicos:



Escalón I con el uso de analgésicos no opioides (paracetamol y fármacos antiinflamatorios no esteroideos- AINEs).

Escalón II, opioides débiles (hidrocodona, codeína o tramadol) y Escalón III, opioides “mayores” (morfina, hidromorfona, oxicodona, fentanilo o metadona).

Fármacos adicionales (adyuvantes) se utilizan en cualquier de los niveles.<sup>30</sup>

## **MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR - FARMACOLOGIA**

Las medidas de alivio del dolor deben abordarse como parte de una atención integral y pluridisciplinar. Es necesario efectuar una valoración de los diferentes tipos de dolor concurrentes así como estudiar la posibilidad de actuar sobre otros factores que pueden modificar el umbral del dolor. Por ejemplo el umbral se ve aumentado por el alivio de otros síntomas, la mejora del sueño, el cansancio, el estar distraído, etc.

Los principios generales del uso de analgésicos se pueden resumir en:

- Seleccionar el fármaco adecuado.
- La potencia del analgésico la determinará la intensidad del dolor y nunca supervivencia prevista.
- Siempre que sea posible, usar vía oral.
- Forma parte de un control multimodal del dolor.
- Es preciso valorar el alivio obtenido y los efectos colaterales.
- Generalmente son necesarios los fármacos coadyuvantes.
- Los psicofármacos no deben utilizarse por rutina.
- No todos los dolores se alivian con analgésicos.

- Los analgésicos se deben administrar a horas fijas, aunque se pueden añadir dosis de rescate para picos de dolor.
- No utilizar placebos.
- El uso debe ser simple.
- El insomnio debe tratarse de forma enérgica.
- No todas las combinaciones de analgésicos son adecuadas.

Hay definida una escalera analgésica con una potencia progresivamente mayor. Si el dolor persiste o empeora a pesar del aumento apropiado de dosis, se pasará a los del segundo escalón (codeína, dihidrocodeína, tramadol), combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario.

Si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, más algún coadyuvante si es necesario.

La utilización simultánea de dos medicamentos del mismo escalón no reporta ningún beneficio y por lo tanto se debe evitar, con alguna excepción. La codeína administrada como rescate en tratamientos con dihidrocodeína de acción sostenida.

La morfina de acción inmediata como rescate en tratamiento de parches de fentanilo. Tampoco se recomienda la combinación de fármacos del 2do y 3er escalón. En el 2do y 3er escalón si se pueden añadir los analgésicos del primer escalón ya que actúan por mecanismos deferentes.<sup>31</sup>

- Analgésicos no opioides (analgésicos periféricos).
- Analgésicos opioides (débiles y potentes).

— Coanalgésicos y coadyudantes.

## **ANALGÉSICOS NO OPIOIDES LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs)**

Son un grupo heterogéneo de fármacos con propiedades analgésicas, antipiréticas, antiagregantes y antiinflamatorias. El mecanismo de acción de estos fármacos es tanto periférico como central. No hay diferencias importantes entre ellos, excepto por la toxicidad relacionada con un aumento de la dosis y grupo. Hay analgésicos, como paracetamol y metamizol, con escasa acción periférica, y, por lo tanto, antiinflamatoria, ejerciendo su acción a nivel central de manera predominante. Las indicaciones principales son: tratamiento del dolor leve o moderado de tipo nociceptivo somático o visceral, solos o asociados con opioides, sobre todo en el dolor moderado o severo. Los AINEs presentan dos limitaciones importantes: su techo analgésico y los efectos secundarios indeseables que pueden producir. Esto significa que a partir de una dosis máxima no tienen beneficios terapéuticos y sí aumentan considerablemente sus efectos adversos. Además, presentan numerosas interacciones farmacológicas.

Los efectos secundarios más importantes son:

Gastrointestinales, la gastro enteropatía por AINEs tiene una incidencia del 1 al 4%. Renales: el efecto más frecuente es la disminución del filtrado glomerular.

Hepáticos: los AINEs pueden ser hepato tóxicos, por lo que en tratamientos prolongados será necesario monitorizar las enzimas hepáticas.

Cardiovasculares: en hipertensos incrementan la tensión arterial como consecuencia de la retención de sodio y agua que se produce por la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Hay AINEs como naproxeno, piroxicam o indometacina con mayor efecto hipertensivo y otros, como ibuprofeno o AAS, que apenas la alteran. Neurológicos: cefalea, somnolencia, alteraciones del comportamiento y síndrome confusional.

Hipersensibilidad: rash cutáneo y exacerbaciones en asmáticos.

Hematológicos: trombocitopenia.

## **ANALGÉSICOS OPIOIDES**

Son compuestos naturales o sintéticos que se fijan a receptores específicos en el SNC y producen analgesia. Hay tres tipos de receptores opioides:  $\mu$  (1 y 2), Kappa y Delta. La clasificación, basada en su interacción con los receptores, es la siguiente:

— Agonistas puros: interaccionan exclusivamente con los receptores  $\mu$ : morfina, fentanilo, metadona, meperidina, codeína y tramadol.

— Agonistas parciales: presentan actividad intrínseca sobre los receptores  $\mu$  limitada al 50%, pero con fuerte afinidad sobre los receptores  $\mu$ : buprenorfina.

— Mixtos: son agonistas kappa y antagonistas  $\mu$ : pentazocina.

— Antagonistas: se fijan al receptor  $\mu$  y desplazan al opioide, revirtiendo su efecto: naloxona y naltrexona. Las indicaciones son el tratamiento del dolor de intensidad moderada-severa. El dolor nociceptivo responde bien a este tipo de analgésicos, siendo la respuesta dosis dependiente. En el dolor neuropático la respuesta es variable, siendo frecuentemente necesarias más dosis, por lo que la posibilidad de aparición de efectos secundarios es mayor.

Es posible utilizarlos en el dolor agudo y crónico (maligno y no maligno). Atendiendo a su uso según la intensidad del dolor, es posible clasificarlos de la siguiente manera: **Opioides «débiles»:** codeína, dihidrocodeína, dextropropoxifeno y tramadol, situados en el segundo escalón de la OMS, indicados en el dolor leve-moderado. **Opioides «potentes»:** morfina, buprenorfina, fentanilo y metadona, situados en el tercer escalón, indicados en el tratamiento del dolor de moderado a intenso o muy intenso. Los efectos adversos más frecuentes son los siguientes:

- Acciones sobre el SNC: euforia, disforia, confusión, psicosis, somnolencia, vértigo.
- Prurito.
- Estreñimiento.
- Náuseas y vómitos.
- Retención urinaria.
- Depresión respiratoria

Hay que prevenir la aparición del estreñimiento desde el inicio del tratamiento, utilizando laxantes, preferiblemente mezcla de estimulantes y ablandadores de heces.

## **FÁRMACOS COANALGÉSICOS Y COADYUDANTES**

Los fármacos coanalgésicos son medicamentos que se utilizan para el alivio del dolor solos o asociados con analgésicos, pero no clasificados como tales.<sup>32</sup>

## **VÍAS DE ADMINISTRACIÓN**

Hay que elegir una vía de administración que logre el máximo efecto....

analgésico y reduzca al mínimo los efectos secundarios. Las siguientes son útiles y posibles.

Vía oral: es de elección y por ella se pueden administrar la mayoría de fármacos. Es cómoda y permite una analgesia regular, con movilidad e independencia para el paciente. Está indicada siempre que no haya incapacidad para deglutir y el paciente no tenga náuseas o vómitos.

Vía subcutánea: es simple y fácil para su empleo en el domicilio. Tiene especial interés en medicina paliativa. El fármaco analgésico de elección por esta vía en dolor oncológico es la morfina.

Vía transdérmica: los fármacos utilizados por esta vía son buprenorfina y fentanilo. Es muy cómoda para el paciente. Fentanilo utiliza un sistema reservorio de liberación prolongada.

Vía transmucosa: se utiliza el citrato de fentanilo, no se comercialización en nuestro país.

Vía sublingual, la buprenorfina y el piroxicam pueden utilizarse por esta vía.

Vía rectal: se pueden administrar morfina. Es una vía limitada por problemas gastrointestinales y dificultades para el ajuste de dosis. Puede estar indicada alternativamente en deglución alterada. Útil en cuidados paliativos.

Vía intravenosa: metamizol, acetil salicilato de lisina, ketorolaco, preferiblemente diluidos en suero fisiológico. La morfina, el fentanilo y

el tramadol también pueden ser empleados. Proporciona alivio rápido al paciente, es útil en dolor agudo.

Vía intramuscular: pueden utilizarse diclofenaco, ketorolaco, piroxicam, aceclofenaco y metamizol. No debe emplearse en el dolor crónico. Las inyecciones intramusculares son dolorosas y procuran mayor incomodidad al paciente.

Vía tópica: pueden utilizarse AINEs, y lidocaína. AINEs tópicos: no tienen un mecanismo de actuación claro, pero son muy utilizados. Es escasa la evidencia disponible sobre su valor terapéutico.<sup>33</sup>

## **VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA**

Técnica poco agresiva

No precisa hospitalización.

Preserva la autonomía del paciente.

Fácil utilización, incluso para el paciente y su familia.

Menos efectos secundarios.

## **DESVENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA**

Infección de la zona de punción, muy poco frecuente.

Salida accidental del dispositivo.

Reacción adversa al material del dispositivo.

Pequeños volúmenes de infusión máximo 2ml, en cada bolus.

Menos efectivos en situaciones de edemas.<sup>34</sup>

**Medicación vía subcutánea:** Morfina, midazolam, atropina, hioscina, haloperidol, metoclopramida, ketorolaco, tramadol, codeína, y la

dexametasona (ocasionalmente usada por ser irritante).<sup>35</sup>

## **TÉCNICA DE LA VÍA SUB CUTÁNEA**

Sitio de punción: La punción sub cutánea se puede aplicarse en cualquier parte del cuerpo. Los sitios más recomendables son: cara anterior del tórax (región infra claviclar) y parte anteroexterna de los brazos (región deltoides) .No se recomienda los cuadrantes superiores abdominal y los músculos por ser incómodos, de difícil acceso y control para los cuidados. Se debe elegir una zona de piel sana, que no esté dentro del campo de irradiación de radioterapia.

Punción Subcutánea: Debe seleccionarse la zona y realizar la desinfección con clorhexidina al 2% o yodopovidona dejar actuar por 2 minutos o hasta que este seque, la técnica debe ser aséptica. <sup>36</sup>

## **BOMBAS PARA EL DOLOR: SISTEMAS DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICOS O INFUSORES**

Vienen usándose en la clínica desde hace más de veinte años. El desarrollo de dichos sistemas ha supuesto un importante avance en la administración, tanto ambulatoria como hospitalaria, de fármacos en determinadas situaciones clínicas. El mantenimiento de concentraciones plasmáticas estables del fármaco permite un mayor control de la enfermedad y de sus síntomas, y supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes al observarse una buena integración en la vida diaria de los pacientes. Así, aunque con un mayor costo directo, los infusores elastoméricos son una alternativa a considerar en la administración de tratamientos en:



- Pacientes oncológicos: tanto en la administración de tratamiento analgésico y de control de síntomas como para administrar quimioterapia intravenosa.
- Pacientes en cuidados paliativos: los infusores permiten el control eficaz de los múltiples síntomas que pueden presentar los pacientes en fase terminal.

En la terapia del dolor: múltiples sustancias analgésicas y adyuvantes pueden administrarse a pacientes que padecen dolor crónico a causa de procesos neuropáticos y degenerativos, y son igualmente útiles en el dolor agudo postoperatorio o de origen traumático. Son dispositivos que permiten la administración continua o intermitente de medicamentos de forma controlada. Su mecanismo básico de funcionamiento consiste en un sistema que ejerce una presión constante sobre un reservorio que contiene el líquido a infundir y cuya velocidad de flujo está controlada por un capilar calibrado que existe en el tubo de infusión. Son dispositivos ligeros que consisten en un recipiente plástico rígido y transparente en cuyo interior se encuentra un globo o depósito elastómero en el que se introduce la medicación a infundir. El globo distendido ejerce una presión constante y fuerza al medicamento a través del tubo de infusión hacia el catéter del paciente. La velocidad del flujo se controla por un restrictor de flujo que consiste en un capilar, con una velocidad de flujo fija para cada tipo de infusor (2 ml/h, 5 ml/h, etc.) <sup>37</sup>

### **Dosis techo de opioides.**

Codeína 240 mg / 24 h

Tramadol 400 mg / 24 h

Morfina, oxicodona, metadona (opioides potentes) no tienen techo terapéutico.

La equivalencia de la dosis oral a la sub cutánea es de 2:1.

Tramal gotas 10 gotas equivale a 25mg

Dosis rescate de opioide potente 19 % de dosis total 24 h

Dosis rescate opioide débil 25 % dosis total 24 h <sup>38</sup>

**Titulación de dosis;** el éxito del tratamiento analgésico con opioides en caso de dolor moderado a grave dependerá de la titulación adecuada de la dosis inicial. Esto permitirá adecuar la estrategia terapéutica a las necesidades de cada paciente en un periodo de 72 horas. La mejor droga para iniciar una terapia analgésica en dichos casos es la morfina de liberación inmediata. Una vez alcanzada la dosis óptima, el tratamiento podrá reemplazarse por diferentes formulaciones de liberación prolongada. Se recomienda evaluar la posibilidad de interacciones farmacológicas durante el tratamiento. <sup>39</sup>

## **CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR**

Los cuidados paliativos y el manejo del dolor en el Perú surgen en 1989 con la primera Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos .Esta primera unidad fue fundada por Raymundo Cordero Lujan y María Berenguel Cook, en el Hospital de la Policía .La siguiente unidad del Dolor y Cuidados Paliativos fue la de Es Salud creada por Félix García, Lida Caro, Víctor Espinosa, Elba Meneses y Carmen Cabrera.

En 1999 María del Rosario Berenguel Cook funda el servicio de cuidados paliativos y Dolor en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. <sup>40</sup>

## **CUIDADOS PALIATIVOS - OBJETIVOS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los cuidados paliativos:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Entre los objetivos generales de los CP destacan la promoción del bienestar y la mejora de la calidad de vida, y se considera necesario lo siguiente:

- Una información y comunicación adecuadas, que aseguren al enfermo y a su familia que serán escuchados y que obtendrán unas respuestas claras y sinceras. Además, se les proporcionará el apoyo emocional que precisen, de manera que puedan expresar sus emociones y participar en la toma de decisiones con respecto a su vida y al proceso de morir con arreglo a las leyes vigentes.
- La atención del dolor y otros síntomas físicos, así como de las necesidades emocionales, sociales y espirituales, sin olvidar aquellos aspectos prácticos del cuidado de los enfermos y de sus familiares.
- Una continuidad asistencial asegurada a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los ámbitos asistenciales y servicios implicados.<sup>41</sup>

## **ENFERMERIA ONCOLOGICA**

La enfermera en las unidades oncológicas debe ser capaz de gestionar el cuidado integral del paciente oncológico, en los tres niveles de prevención, utilizando el PAE y las teorías de enfermería. En ese sentido debe asumir en forma interdisciplinaria el desarrollo de programas de prevención y detección precoz del cáncer, atención integral al paciente y familia en los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación; así como otorgar cuidados paliativos en etapas de enfermedad avanzada, en los niveles hospitalario y domiciliario.

Dentro de las competencias específicas tenemos:

- Gerencia los servicios de enfermería oncológicos con visión estratégica.
- Analiza las necesidades y/o problemas de salud oncológicos y sus determinantes utilizando el método epidemiológico.
- Aplica los principios éticos en el cuidado del paciente oncológico.
- Prescribe y provee cuidado integral de enfermería al paciente, oncológico de mayor frecuencia en CA de cabeza y cuello, senos y tumores mixtos, tórax, abdomen, ginecología, urología, neurocirugía piel utilizando el PAE, teorías de enfermería, los estándares de cuidado y la normatividad vigente, en los tres niveles de prevención.
- Prescribe y provee cuidado integral de enfermería al paciente, oncológico de mayor frecuencia en el área hematológica, sistema osteomuscular, emergencias y urgencias oncológicas, complicaciones, cuidados al paciente oncológico pediátrico, hormonoterapia, cuidados paliativos, utilizando el PAE, teorías de enfermería, los estándares de cuidado y la normatividad vigente, en los tres niveles de prevención.<sup>42</sup>

Mac Intyre considera que la práctica, “más que una colección de comportamientos discretos, es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados”. Las prácticas de cuidado de la salud se encuentran también referidas en la literatura como “comportamientos de salud”. Concretamente, Kasl y Cobb, citados por Cabrera y Cols, Rosenstock y Harris Col; las definen como “la actividad efectuada por una persona con el propósito de

prevenir, limitar una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática”. Esta definición aborda el cuidado preventivo y curativo.

El dolor genera en las personas que lo presentan un deterioro importante de su calidad de vida, y a pesar de ello y de la elevada frecuencia de este síntoma, llama la atención la relativa escasez de trabajos sobre dolor , porque a pesar de que conocemos la importancia de realizar una evaluación adecuada del dolor, no solamente centrada en la intensidad del mismo, sino valorando su posible etiología y sus repercusiones de forma multidimensional, todavía no tenemos definidas las herramientas correctas de valoración. Conocer bien el síntoma y sus repercusiones es esencial para poner en marcha estrategias efectivas de tratamiento. Por último, sabemos que el abordaje inicial del dolor es fundamental en muchos casos para evitar su cronificación.<sup>43</sup>

De ahí que la enfermera que labora en los servicios donde se ubican a pacientes con enfermedad oncológica, debe demostrar a través de las actividades que realiza las competencias adquiridas durante su formación en post grado en el cuidado integral al paciente. Para ello debe realizar una adecuada valoración, manejo y control del dolor administrando el tratamiento prescrito y siguiendo las pautas del manejo no farmacológico del dolor.

Un manejo adecuado del dolor empieza por la búsqueda de la presencia de dolor. En la actualidad y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations) apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital.

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el manejo del dolor a través del conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor. Además, tienen la obligación legal y ética de velar por que se utilicen los medios más efectivos con el fin de lograr el bienestar y el alivio del dolor en los pacientes.

Debemos registrar la valoración del dolor de forma regular y sistemática en la historia clínica.

- Registro valoración inicial del dolor: Valoración inicial de Enfermería Escalas de valoración del dolor
- Registro valoración de la intensidad del dolor:
- Formulario de constantes vitales. Se debe hacer una valoración, al menos una vez al día, de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.

La valoración inicial del dolor se realizará al ingreso, dentro de la valoración inicial de Enfermería. Los parámetros del dolor que valoraremos serán:

- Localización de dolor. Factores desencadenantes Irradiación del dolor.
- Intensidad del dolor. Frecuencia temporal (intermitente, continuo).

Para valorar la intensidad del dolor se utilizará una herramienta sistemática y validada. Utilizar las Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Analógica (EVA), Escala Facial y Escala PAINAD en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje). El resultado numérico (0-10) de la valoración

de la intensidad del dolor se registrará en el formulario de constantes vitales.

- La enfermera responsable del paciente valorará estos parámetros, los registrará en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada. En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. En aquellos casos en los que la persona afectada no sea capaz de proporcionar dicho autoinforme, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia. Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en el enfermo, mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada. Con ayuda del equipo interdisciplinar estableceremos un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los resultados de la valoración.
- Las características basales del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor.
- La etiología.

Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.

- La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados actuales y futuros.
- Abogaremos a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita.



- Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan.
- La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio.
- La valoración y revaloraciones periódicas del dolor las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/8-6h y/o en función del estado clínico del paciente, dejándolas reflejadas en la programación de las actividades diarias a realizar al paciente.
- Se validará la intervención registrando intensidad del dolor (formulario de constantes) y añadiendo nota con la revaloración de los parámetros (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento...). Si no procede realizar la intervención (Ej. Paciente duerme), se anulará y anotará motivo.
- Se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones: La detección del dolor se realizará a través de autoinforme, preguntando al propio paciente o a la familia y/o cuidador, sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.
- Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados.
- La intensidad del dolor se revalorará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces. Los siguientes parámetros se incluyen en las valoraciones periódicas del dolor. Intensidad del dolor actual, calidad y localización. Grado de alivio del dolor conseguido – respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor).
- Los efectos del dolor en el sueño y el estado de ánimo.

- Los efectos adversos de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento).
- El nivel de sedación. Las estrategias, farmacológicas como no farmacológicas, utilizadas para aliviar el dolor.
- Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre y ponerlo en conocimiento del médico responsable.
- Debemos confirmar con los pacientes o con los cuidadores que las conclusiones de la valoración del dolor (obtenidas por el personal sanitario, el paciente y el cuidador) reflejan realmente la experiencia vivida por el propio paciente.<sup>44</sup>

### **2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

Conocimientos del profesional de Enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico: Es la respuesta expresada por el profesional de enfermería acerca de toda aquella información que refiere poseer sobre la valoración y control del dolor en el paciente oncológico, en torno a la forma de valorar el dolor mediante el uso de escalas, así como en la administración de medicamentos para controlar, disminuir el dolor y mantener la salud, con la finalidad de disminuir los riesgos de complicaciones derivadas de la enfermedad o tratamiento. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorado en conoce y no conoce.

Prácticas del profesional de Enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico: Son todas aquellas acciones o actividades que realiza el personal de enfermería para valorar y

controlar el dolor en el paciente oncológico derivada de su enfermedad o tratamiento. El cual fue obtenido a través de una lista de cotejo y valorado en adecuado e inadecuado.

Dolor en el paciente oncológico: Es una experiencia sensorial subjetiva y emocional no placentera que experimenta el individuo que presenta cualquier tipo de cáncer con tratamiento o progresión de enfermedad relacionada con el daño potencial o real del tejido

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio es de nivel aplicativo, ya que se originó de la realidad para transformarlo; tipo cuantitativo porque la variable de estudio fue susceptible de ser cuantificado asignándole una valoración numérica; método descriptivo simple de corte transversal, ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, en el área de hospitalización, en los servicios que donde se hospitalizan a pacientes oncológicos que presenten dolor, es decir en: el servicio de Medicina adultos que comprende: Medicina I, Medicina II, Medicina Especializada y Oncología. Estos servicios son hospederos de pacientes oncológicos.

El servicio de Medicina Adultos se encuentra ubicado en el tercer piso este y oeste formado 4: Medicina I, Medicina II, Medicina Especializada y Oncología cuenta con camas, y es exclusivamente para pacientes adultos. Medicina I cuenta con 18 camas, Medicina II cuenta con 18 camas, Medicina Especializada cuenta con 20 camas y Oncología cuenta con 16 camas.

### **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo conformado por todos los profesionales de enfermería que laboran en el área de hospitalización donde se maneja paciente oncológico con un total de 24 enfermeras.

### **3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.4.1. Criterios de Inclusión.**

- Enfermeras asistenciales nombradas y contratadas bajo cualquier modalidad.
- Enfermeras que aceptan participar en el estudio

#### **3.4.2. Criterios de Exclusión**

- Enfermeras con cargo administrativo, licencia por enfermedad, embarazo, pasantías o vacaciones.
- Enfermeras que no completan el instrumento

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

La técnica que se utilizó fue la encuesta y la observación y los instrumentos fueron un cuestionario y la lista de cotejo; que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos (Anexo B), los cuales fueron sometidos a juicio de expertos conformado por especialistas en el área; siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo D). Luego de realizar las sugerencias de los jueces de expertos, se llevó a cabo la prueba piloto para someter a validez estadística mediante la prueba ítems –

test coeficiente de correlación de Pearson (Anexo G) y para la confiabilidad estadística se realizará la prueba de Kuder de Richardson. (Anexo H).

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN**

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante una carta dirigida al Director Ejecutivo del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo; a fin de solicitar las facilidades para ejecutar el estudio. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con el jefe de servicio y la enfermera jefe del servicio de Medicina a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, el cual se inició en el mes de Agosto y Setiembre, considerando aproximadamente de 15 – 20 minutos para la aplicación del instrumento en el sujeto de estudio previo consentimiento informado.

Posterior a la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el paquete estadístico de Excel 2010, previa elaboración de Tabla de Códigos (Anexo E) y la Tabla Matriz de Datos (Anexo F). Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, la frecuencia absoluta, los porcentajes y el promedio aritmético valorándolo en conoce y no conoce y la variable practica en adecuada e inadecuada (Anexo I).

### **3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para ejecutar el estudio se consideró tener en cuenta la carta de aceptación de la institución y el consentimiento informado de los profesionales de enfermería, expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial, siendo la información obtenida utilizada solo para fines del estudio. (Anexo C).

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

#### **4.1. RESULTADOS**

Sobre los datos generales del profesional de Enfermería que labora en los servicios donde se ubican los pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, del 100% (22), 59% (13) tienen más de 5 años de tiempo de servicios en el servicio donde se ubican a los pacientes oncológicos, 27% (6) tiene de 1 a 5 años y 14% (3) tienen menos de 1 año; 55% (12) han recibido capacitación sobre valoración y control del dolor, y 45% (10) no han recibido capacitación. (Anexo J)

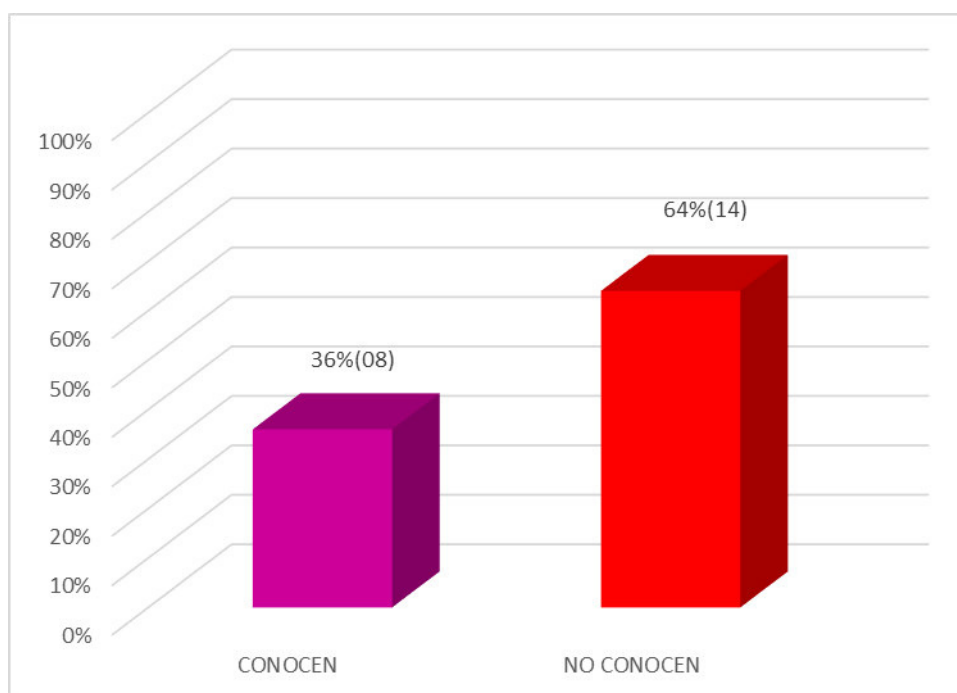
Por lo que la mayoría de los profesionales que laboran en los servicios donde se encuentran ubicados los pacientes oncológicos tiene de 1 a 5 años de tiempo de servicios en el servicio de atención a pacientes oncológicos; seguido de un porcentaje considerable que expresan que han recibido capacitación sobre valoración y control del dolor.

Respecto a los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo, del 100% (22). 64% (14) no conocen y 36% (8) conocen. (Grafico N° 1, Anexo K). Los ítems que no conocen está referido a que 82% (18) de los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el manejo y control de dolor por lo que deben evaluar la intensidad del dolor cada 8 horas, 68% (15) según la OMS sugieren no combinar analgésicos de 2do y 3er escalafón, y 64% (14) la OMS considera recomendable la titulación con opioides durante 3 días; mientras que los ítems que conocen está dado



## GRAFICO N° 1

### CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERU 2016

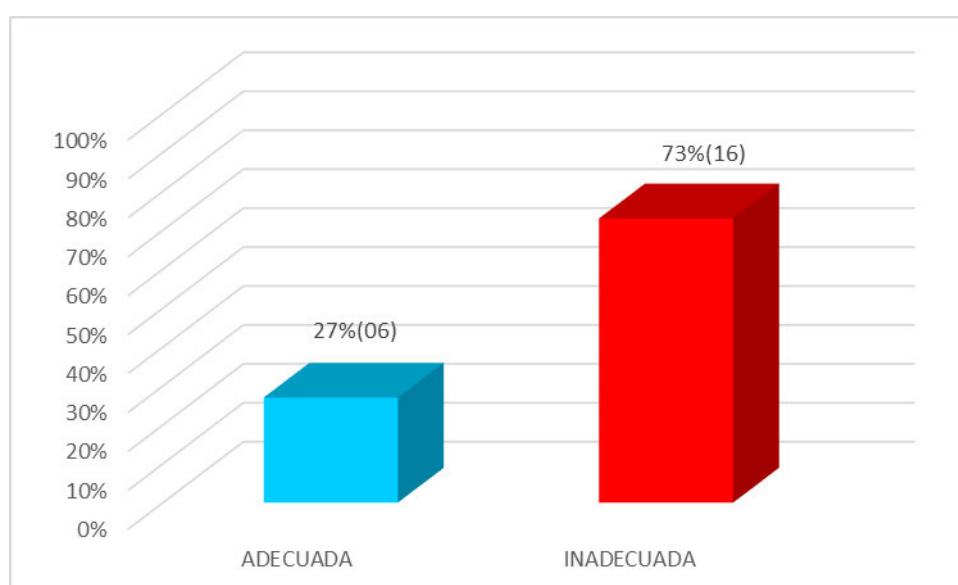


*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Ramiro Priale Priale Huancayo 2016*

porque 64% (14) manifiestan que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial, 59% (13) que el dolor es subjetivo y 59% (13) que el tiempo que debe actuar el antiséptico en la piel antes de la colocación del catéter subcutáneo es de 2 minutos. (Anexo M)

## GRAFICO N° 2

### **PRACTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERU 2016**

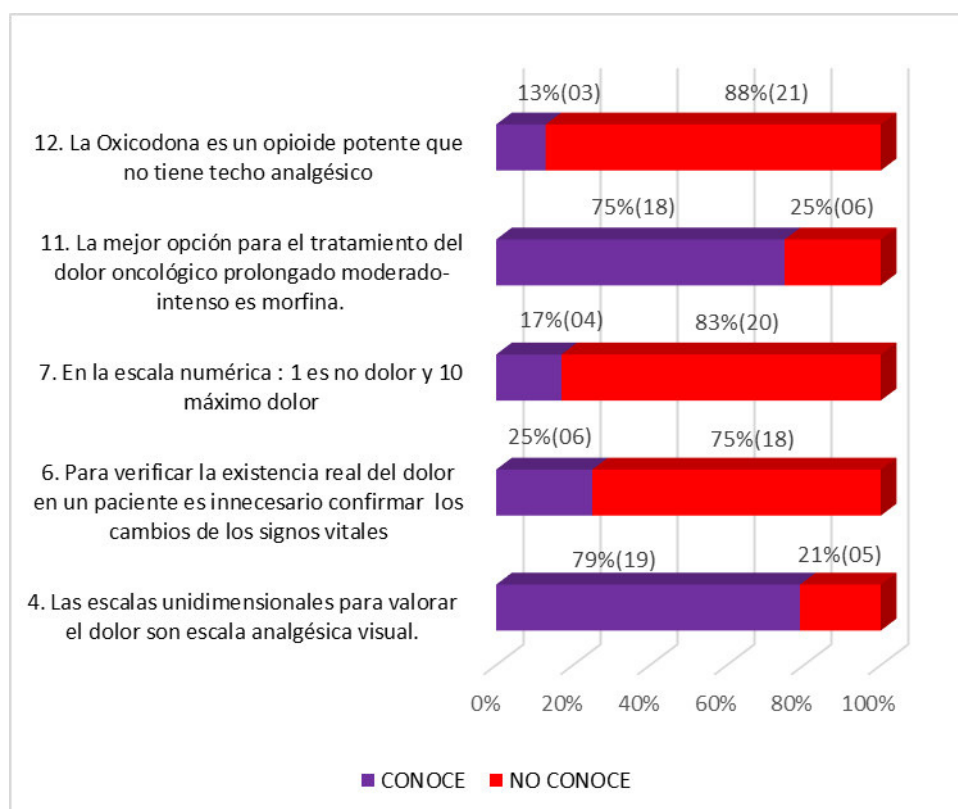


*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Ramiro Priale Priale Huancayo 2016*

En cuanto al prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo, del 100% (22). 73% (16) expresan que es inadecuada y 27% (6) adecuada. (Grafico N° 2, Anexo L). Los ítems inadecuados está referida a que 82% (18) no determina la intensidad del dolor, 82% (18) no registra en la historia clínica la localización, tipo e intensidad del dolor, y 82% (18) no indaga si el paciente continua con dolor administra la dosis de rescate, y 86% (19) no monitoriza el dolor del paciente y determina la eficacia del analgésico, mientras que los

### GRAFICO N° 3

#### CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR SEGÚN ITEMS EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERU 2016

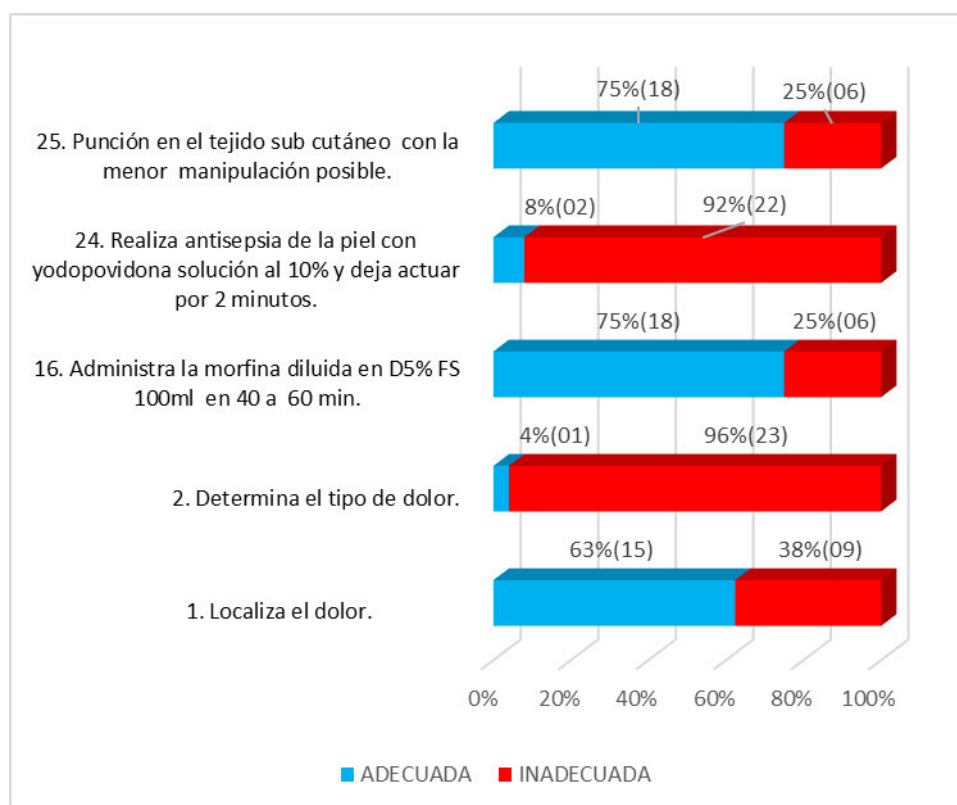


Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Ramiro Priale Priale Huancayo 2016

ítems de práctica adecuada se refiere que 50% (11) se colocan guantes estériles, 45% (10) realizan el lavado de manos antes de efectuar el procedimiento con jabón líquido antiséptico, 32% (7) administra lo que está indicado para el dolor indagando previamente, y

#### GRAFICO N° 4

### PRACTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR SEGÚN ITEMS EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERU 2016



Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Ramiro Priale Priale Huancayo 2016

32% (7) realiza la curación y mantenimiento de intimas en forma correcta. (Anexo N).

Acerca de los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos en

el Hospital Nacional Ramiro Priale Huancayo, del 100% (22). Los ítems que no conocen 86% (19) manifiestan que la oxicodona es un opioide potente que no tiene techo analgésico, 82% (18) que en la escala numérica 1 es no dolor y 10 máximo dolor y 73% (16) que para verificar la existencia real del dolor en un paciente es innecesario confirmar los cambios de los signos vitales; mientras que los ítems que conocen 86% (19) refieren que las escalas unidimensionales para valorar el dolor es la escala analgésica visual y 82% (18) que la mejor opción para el tratamiento del dolor oncológico prolongado moderado – intenso es la morfina. (Grafico N° 3, Anexo M).

En tanto que acerca de la práctica del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Huancayo, del 100% (22). Los ítems que son inadecuados está dado porque 96% (23) no determinan el tipo de dolor, 92% (22) no realizan la antisepsia de la piel con yodopovidona solución al 10% y deja de actuar por 2 minutos; sin embargo los ítems con práctica adecuada es porque 75% (18) que la punción en el tejido subcutáneo debe realizarse con a menor manipulación posible, 75% (18) administra la morfina diluida en D5% FS 100 ml en 40 a 60 minutos, y 63% (15) localizan el dolor. Grafico N° 4, Anexo N).

## **4.2. DISCUSION**

A pesar de los grandes avances que se han realizado en torno al tratamiento y prevención del cáncer en los últimos años, la carga mundial del cáncer sigue aumentando y se espera que sea casi el doble en 2030. Sin embargo es importante considerar que el 50% de los casos de cáncer se podrían prevenir; mediante acciones preventivo

promocionales en la detección precoz a través de la aplicación de vacunas, el examen de PAP, de mama, entre otros los cuales pueden desempeñar un papel vital en la reducción del riesgo de desarrollar cáncer. Al respecto se recuerda que el consumo de tabaco, de alcohol, una dieta poco saludable y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en todo el mundo. No obstante, existen algunas infecciones crónicas como factores de riesgo para el cáncer. Asimismo, la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC) y algunos tipos de virus del papiloma humano (VPH) aumentan el riesgo de cáncer de cuello de útero y de hígado, respectivamente; y la infección por el VIH aumenta sustancialmente el riesgo de cáncer de cuello uterino. De igual modo la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar. Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina, la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe a que el cáncer es diagnosticado con mucha frecuencia en etapas más avanzadas y está relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento.

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad; así como mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen o están en riesgo a presentarla. De modo que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y temidos en los enfermos con cáncer, por lo que debe tenerse siempre en cuenta en la valoración y en el control del mismo a la hora de planificar el tratamiento, que no debe limitarse tan sólo en las medidas farmacológicas. Deberían identificarse los componentes físicos y los no físicos que exacerban el dolor y tener presente el concepto de «dolor total» o sufrimiento, que engloba el estímulo físico con los factores psicológicos, sociales y espirituales de las personas afectadas, su

contexto y su significado. Por ello es necesario que se considere al dolor como el quinto signo vital, para que sea evaluado en forma diaria.

El dolor es el síntoma más frecuente en los enfermos oncológicos por lo que debe ser valorado con frecuencia de manera independiente del tumor y del tratamiento administrado. Aunque con frecuencia no es posible eliminar por completo el dolor o los síntomas que lo acompañan, el uso apropiado de las terapias disponibles puede aliviar eficazmente el dolor en la mayoría de los pacientes.

El tratamiento del dolor mejora la calidad de vida del paciente durante todos los estadios de la enfermedad; por tanto, un manejo óptimo del dolor necesita de una evaluación sistémica de los síntomas y un manejo adecuado para obtener una calidad de vida óptima. Por ello el profesional de enfermería debe realizar al paciente oncológico independientemente del tipo, localización y extensión, las diferentes técnicas y estrategias para realizar la valoración y control del dolor; el cual puede ser realizado mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración del dolor a partir del cual se puede cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.

Al respecto Salvadó-Hernández Cristina, Fuentelsaz-Gallego Carmen, Arcay-Veira Carmen, Concepción López-Meléndez, Villar-Arnal Teresa, Casas-Segala Neus; (2009), concluyeron que *“el nivel de conocimientos que sobre el dolor tienen las enfermeras estudiadas no es demasiado elevado. Sería necesario impartir formación específica y evaluar su impacto”*. Asimismo López Aguilar Luis, (2001), en su estudio concluyo que *“la mayoría de las enfermeras asistenciales que tenían conocimiento regular muestran una actitud de indiferencia frente*

*al dolor de sus pacientes , la experiencia profesional y la capacitación no influye en la actitud de la enfermera asistencial teniendo la mayoría una actitud de indiferencia , el nivel de conocimientos y la actitud de la enfermera asistencial tiene relación con la edad , ya que la mayor parte de enfermeras con menor edad tienen conocimiento medianos a alto con actitud indiferente a positiva , mientras que las mayores de indiferente a negativo".* Por lo que según los datos obtenidos en el estudio acerca de los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo, el mayor porcentaje no conocen que los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el manejo y control de dolor en lo referido a evaluar la intensidad del dolor cada 8 horas, que la OMS sugieren no combinar analgésicos de 2do y 3er escalafón, y que la OMS considera recomendable la titulación con opioides durante 3 días; seguido de un porcentaje considerable de profesionales que conocen que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial, que el dolor es subjetivo y que el tiempo que debe actuar el antiséptico en la piel antes de la colocación del catéter subcutáneo es de 2 minutos; lo cual le puede conllevar a riesgos a presentar a mediano y/o corto plazo complicaciones que pueden alterar su proceso de recuperación y calidad de vida.

El diagnóstico de cáncer ya no significa una sentencia de muerte. Hoy en día, las personas con cáncer pueden beneficiarse de muchos tipos de tratamientos que pueden salvarles la vida. La detección y tratamiento del cáncer puede ser de diferentes tipos tales como la cirugía, (curativa, citorreductora, y paliativa), la radioterapia (radical o curativa, adyuvante, neoadyuvante y paliativa), y la quimioterapia (radical o curativa, adyuvante, neoadyuvante y paliativa).



El uso apropiado de las diferentes terapias disponibles existentes en la valoración y control del dolor puede aliviarlo eficazmente en la mayoría de los pacientes. La adecuada valoración y control del dolor mejora la calidad de vida del paciente durante todos los estadios de la enfermedad. Los pacientes de cáncer avanzado presentan varios síntomas simultáneos y dolor; por tanto, un manejo óptimo del dolor necesita de una evaluación sistémica de los síntomas y un manejo adecuado para obtener una calidad de vida óptima. De ahí que de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio acerca de las prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos; se puede concluir que la mayoría lo realiza de manera inadecuada ya que no determina la intensidad del dolor, no lo registra en la historia clínica la localización, tipo e intensidad del dolor, no indaga si el paciente continua con dolor administra la dosis de rescate, y no monitoriza el dolor del paciente y determina la eficacia del analgésico, seguido de un mínimo porcentaje significativo de profesionales con práctica adecuada ya que un porcentaje significativo se colocan los guantes estériles, se realizan el lavado de manos antes de efectuar el procedimiento con jabón líquido antiséptico, administra lo que está indicado para el dolor indagando previamente, y realiza la curación y mantenimiento de intimas en forma correcta; lo cual le puede traer consigo a adquirir riesgos y/o complicaciones que pueden comprometer el proceso de recuperación y remisión del dolor que pueden alterar la calidad de vida del paciente oncológico, contribuyendo a prolongar la estancia hospitalaria y los costos.

Para cuantificar la percepción del dolor o valorar el dolor existen diversos métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos ajustar de una forma más exacta el uso de los

analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

A la hora de evaluar el dolor debemos tener en cuenta que el profesional de enfermería debe explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta, determinar la calidad de información del paciente y su capacidad o deseo para colaborar, explicar los puntos de soporte adecuado considerando el lenguaje al estilo cultural del paciente y promover la participación del paciente durante la valoración del dolor. Por lo que los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos, la mayoría no conocen que la oxicodona es un opioide potente que no tiene techo analgésico, que en la escala numérica 1 es no dolor y 10 máximo dolor y que para verificar la existencia real del dolor en un paciente es innecesario confirmar los cambios de los signos vitales; seguido de una mayoría que conocen que las escalas unidimensionales para valorar el dolor es la escala analgésica visual y que la mejor opción para el tratamiento del dolor oncológico prolongado moderado – intenso es la morfina; lo cual puede conllevarle a mediano o corto plazo el riesgo a complicaciones cuando la valoración no es adecuada de parte del profesional de enfermería, predisponiéndole a riesgos a prolongar la estancia y los costos hospitalarios afectando el proceso de recuperación y su calidad de vida, así como la calidad de atención que brinda la enfermera al paciente oncológico.

Dentro de las actividades que realiza el profesional de enfermería en la valoración y control del dolor en el paciente oncológico, éste merece prioridad por varias razones; ya que cuando el dolor no es tratado causa sufrimiento innecesario, disminuye la actividad, el apetito, el sueño, puede debilitar aún más el estado general del paciente. Es decir el impacto psicológico puede ser devastador, toda vez que el paciente con cáncer puede perder la esperanza cuando aparece el dolor, asumiendo que este anuncia el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal.

El dolor crónico puede inducir a los pacientes a rechazar programas de tratamiento activo y cuando el dolor es más severo o los pacientes están deprimidos, pueden inducirlos al sufrimiento. Además de aliviar el sufrimiento, el control del dolor es importante, incluso cuando el proceso de la enfermedad subyacente es estable, ya que el dolor no controlado impide trabajar productivamente, disfrutar de la recreación o desempeñarse familiar o socialmente.

El control del dolor debe ser prioritario, no solo en pacientes con enfermedad avanzada, sino también en aquellos cuya condición es estable y cuya esperanza de vida es prolongada.

De modo que la información obtenida en el estudio acerca de la práctica del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos; la mayoría refieren que es inadecuado la determinación del tipo de dolor, la antisepsia de la piel con yodopovidona solución al 10% y deja de actuar por 2 minutos; sin embargo también existe una mayoría que expresan que es adecuada cuando la punción en el tejido subcutáneo debe realizarse con la menor manipulación posible, administrar la morfina diluida en D5% FS 100 ml

en 40 a 60 minutos, y localizan el dolor; lo cual puede traer consigo el riesgo a contraer infecciones sobre agregadas por manipulación inadecuada de las vías que se utilizan en el control del dolor y la dosificación adecuada de los fármacos en el control del dolor. Por lo que la enfermera debe estar capacitada de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología en el cuidado al paciente oncológico contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- ❖ Los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo, el mayor porcentaje expresan que no conocen el importante papel que tiene el enfermero en el manejo y control de dolor el cual debe ser evaluado en su intensidad cada 8 horas, el hecho que según la OMS sugieren no combinar analgésicos de 2do y 3er escalafón, y considera recomendable la titulación con opioides durante 3 días; seguido de un porcentaje considerable de profesionales de enfermería que conocen que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial, que el dolor es subjetivo y que el tiempo que debe actuar el antiséptico en la piel antes de la colocación del catéter subcutáneo es de 2 minutos.
- ❖ Respecto a las prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo, la mayoría es inadecuada referida a que no valoran la intensidad del dolor, no registran en la historia clínica la localización, tipo e intensidad del dolor, indaga si el paciente continua con dolor para administrar la dosis de rescate, y no monitoriza el dolor del paciente y determina la eficacia del analgésico, mientras que un menor porcentaje significativo tiene una práctica adecuada ya

que se colocan los guantes estériles, realizan el lavado de manos antes de efectuar el procedimiento con jabón líquido antiséptico, administran lo que está indicado para el dolor indagando previamente, y realizan la curación y mantenimiento de intimas en forma correcta.

- ❖ En cuanto a los conocimientos del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos, la mayoría no conocen que la oxicodona es un opioide potente que no tiene techo analgésico, que en la escala numérica 1 es no dolor y 10 máximo dolor y que para verificar la existencia real del dolor en un paciente es innecesario confirmar los cambios de los signos vitales; seguido de una mayoría que conocen que para valorar el dolor se utiliza las escalas unidimensionales como la escala analgésica visual y la mejor opción para el tratamiento del dolor oncológico prolongado moderado – intenso es la morfina.
- ❖ Acerca de la práctica del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor según ítems en pacientes oncológicos, en la mayoría se evidencia que es inadecuado porque no determinan el tipo de dolor, no realizan la antisepsia de la piel con yodopovidona solución al 10% y deja de actuar por 2 minutos; mientras que una mayoría de profesionales de enfermería que tiene practica adecuada es porque expresan que la punción en el tejido subcutáneo debe realizarse con la menor manipulación posible, administra la morfina diluida en D5% FS 100 ml en 40 a 60 minutos, y localizan el dolor.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Que el Departamento de Enfermería y el servicio de medicina adultos a partir de los hallazgos elabore o diseñe e implemente un programa de educación permanente dirigido a los profesionales de enfermería en los servicios donde se ubican los pacientes con enfermedades oncológicas orientado a actualizar de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología, con estrategias y técnicas participativas que contribuyan a valorar y controlar el dolor en el paciente oncológico y disminuir el riesgo a complicaciones derivados del manejo y control del dolor, mejorando su calidad de vida, disminuyendo la estancia hospitalaria y costos hospitalarios.
- ✓ Que la Enfermera Jefe del servicio de oncología incentive y promueva en el personal profesional de enfermería la elaboración, diseño e implementación de protocolos de atención y/o guías de procedimientos que permita sistematizar la valoración y control del dolor al paciente oncológico orientado a mejorar la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería al usuario de los servicios de oncología.
- ✓ Realizar estudios similares y comparativos en los diferentes servicios de salud (MINSA, Es Salud, FF.AA, EPS y Clínicas Privadas) que puedan repercutir en la mejora de la calidad de atención de enfermería que brinda al paciente oncológico.
- ✓ Realizar estudios con enfoque cualitativo para profundizar el tema.

### **5.3. LIMITACIONES**

Los resultados y conclusiones encontrados en el estudio solo son generalizables para la población de estudio que laboran en el servicio de Medicina I, II, especializada y oncología en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo; sin embargo puede ser comparado con poblaciones con características similares.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Health and Human Services AHCPR Manejo del Dolor por Cáncer Guía Clínica Practica 9 US Departamento of Publication. 1994 p.10
- (2) Uriah Guevara López Manual de Cuidados Paliativos. Colombia 2011.p 34
- (3)(4)(5) Goyburu Molina Marlene. Enfermería y Dolor: Elevando La Competencia de la Enfermería y Humanizado la Salud .2007.Mod II. p.22, 24,26.
- (6)Salvado Hernández Cristina, Arcay Viera Carmen “Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de los enfermeros en unidades de cirugía general y oncología de 5 hospitales españoles nivel III”. España 2010
- (7)Troncoso Vejar Marcelo, Gutiérrez Cadis Claudia, Acuña Ortiz Héctor, Zañarbu Gaete Fernanda “Evaluación del manejo del dolor y factores asociados en usuarias adscritos al policlínico del dolor y cuidados paliativos del Hospital Herminda Martin de Chillan “2008
- (8)Salas vega Margarita “Nivel de conocimientos sobre el dolor de los enfermeros del hospital Alberto Hurtado Abad ESSALUD “Oroya 2005
- (9)López Aguilar Luis “Conocimientos y actitudes de la enfermera frente al dolor que presentan los pacientes en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas” Lima 2001
- (10)Organización Mundial de la Salud: Control del cáncer, Aplicación de guías y procedimientos, guías para desarrollar programas eficaces, mod. 6 p. 37
- (11)Ministerio de Salud. Registros Histopatológicos de neoplasias malignas .2014
- (12)Dirección Regional de Salud Junín- Análisis Situacional de la salud del departamento de Junín 2010 p.25

- (13) Organización Mundial De La Salud: Control del cáncer, aplicación de los conocimientos, Guías da la OMS para desarrollo de programas eficaces. Génova 2007 p.45
- (14)(15)(16)(17)(18) Otto, Shirley. Enfermería Oncológica. Barcelona España. Editorial Océano. 2003. Vol. II, p.145, 146, 158,160.
- (19)(20)(21)(22) U.S Department of Health and Human Services Manejo del dolor por Cancer. 2004. P.67
- (23) Goyburu Molina Marlene. Tratamiento del dolor: Programa de Actualización y perfeccionamiento en Enfermería Basada en Competencias 2009. P.26
- (24)(25) Goyburu Molina Marlene, Tratamiento del Dolor Modulo II 2009. p.35, 39.
- (26) Gómez Sancho Marco. Cuidados Paliativos –Control de Síntomas 2014 p.56
- (27)(28)(29) Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos Recomendaciones para el Cuidado del Paciente con Enfermedad Oncológica un Consenso Latinoamericano –2013.p.23, 25,30.
- (30) Severa F, Andrés M, Camarena L, Multinational evidence based recomendacions for tha diagnosis and management of gout.2014 p.34
- (31) Freye E. Planificación de la Terapia Analgésica Farmacológica en Dolor Oncológico 2001 p.78
- (32) Sanz Ortiz J. Analgésicos Opioides en el Tratamiento Del Dolor Asociado Al Cáncer 2000.p.35, 36, 37.
- (33) Kanner R. Secretos Del Tratamiento del Dolor 1998 p.47.48.
- (34)(35)(36) Goyburu, M. Evaluación de Enfermería del periodo de permanencia del catéter SAF –T Intima insertado por vía sub cutánea para control de síntomas en pacientes con enfermedad oncológica avanzada ASPED 2011.p 36, 37, 42,46.
- (37) Servicio de Oncología Medica y Cuidados Paliativos Hospital De Valdecilla Santander Control Del Dolor con Opioides –2008.p27.

- (38)(39) Jaime Sanz Ortiz Control del dolor con opioides 2008.p.46.48
- (40)Pastrana T, De Lima L, Monti, Rocafort, Centeno C,Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica .ALCP 1ºEd. P.46
- (41) Ministerio de Sanidad y Consumo: Estrategias en Cuidados Paliativos .Sistema Nacional de Salud Madrid. 2007 p.36, 37.
- (42)(43)(44)Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S, Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). 2009 p. 31, 35, 36, 46,48

## **BIBLIOGRAFÍA**

ASOCIACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS DE COLOMBIA Control del dolor por cáncer 2009.

ASOCIACIÓN PANAMEÑA DE CUIDADOS PALIATIVOS Cuidados paliativos y control de síntomas 2008.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS Recomendaciones para el Cuidado del Paciente con Enfermedad Oncológica un Consenso Latinoamericano –2013

Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S, Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Freye E. Planificación de la Terapia Analgésica Farmacológica en Dolor Oncológico 2001 p.78Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)- 2009

Baron MG Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el paciente con cáncer Ed. Médica Panamericana 2007.

Brunner y Suddarth. Médico Quirúrgico, 8va Edición, México. Edit. Interamericana 1998.

Freye E. Planificación de la terapia analgésica farmacológico en el dolor oncológico Berlín 2001.

HEALTH AND HUMAN SERVICES AHCPR Manejo del Dolor por Cáncer Guía Clínica Practica 9 US Departamento of Publication

Goyburo Molina Marlene Tratamiento del dolor Perú 2007.

Goyburo Molina Marlene Evaluación de enfermería del periodo de permanencia del catéter SAF-T Intima insertada por vía subcutánea para el control de síntomas en pacientes con enfermedad oncológica avanzada .Boletín ASPED 2011

Kanner R. Secretos Del Tratamiento del Dolor 1998

Gómez Sancho Marcos Cuidados paliativos control de síntomas 7ma Ed. Uruguay2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Control del cáncer, Aplicación de guías y procedimientos, guías para desarrollar programas eficaces 2012

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Control del cáncer, aplicación de los conocimientos, Guías de la OMS para desarrollo de programas eficaces. Génova 2007

Otto Shirley. Enfermería Oncológica .Vol. II Editorial Océano, Barcelona España 2003

Pastrana T, De Lima L, Monti, Rocafort, Centeno C, Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica .ALCP 1ª Ed.

Sanz Ortiz J. Analgésicos Opioides en el Tratamiento Del Dolor Asociado Al Cáncer 2000.

Sanz Ortiz Control Del Dolor Con Opioides 2008.

SERVICIO DE ONCOLOGIC Medica y Cuidados Paliativos Hospital De Valdecilla Santander Control Del Dolor con Opioides –2008

Severa F, Andrés M, Camarena L, Multinational evidence based recomendacions for the diagnosis and management of gout. 2014 p.34

Uriah Guevara López Manual de Cuidados Paliativos –Primera edición Colombia 2011

U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN Services Manejo del dolor por Cancer. 2004.

# ANEXOS

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	<b>Pág.</b>
A Operacionalización de las variables	I
B Instrumento	II
C Consentimiento Informado	VII
D Tabla de Concordancia – Prueba Binomial	VIII
E Tabla de Códigos	IX
F Tabla Matriz de Datos	X
G Validez del instrumento	XIII
H Confiabilidad del instrumento	XIV
I Medición de Variables	XVI
J Datos Generales del profesional de Enfermería en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016.	XVII
K Conocimientos del profesional de Enfermería sobre Valoración y Control del dolor en el paciente oncológico en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016.	XVIII
L Conocimientos del profesional de Enfermería sobre Valoración y Control del dolor según ítems en el paciente oncológico en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016.	XIX
N Prácticas del profesional de Enfermería sobre Valoración y Control del dolor según ítems en el paciente oncológico en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016. Huancayo – Perú. 2016.	XXII





## ANEXO A

### OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Conocimientos del profesional de Enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico:	Es el conjunto de informaciones, ideas, conceptos que posee el profesional de enfermería y que va renovando constantemente producto de su experiencia.	Es la respuesta expresada por el profesional de enfermería acerca de toda aquella información que refiere poseer sobre la valoración y control del dolor en el paciente oncológico, mediante el uso de escalas, administración medicamento para controlar, disminuir el dolor y mantener la salud, El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en conocer y no conocer.	Dolor Tipos de dolor Valoración del dolor Manejo y Control farmacológico (19 ítems)	Dolor oncológico Dolor nociceptivo Dolor neuropático Escalas unidimensionales Escalas conductuales. Escala analgésica. Valoración del dolor Administración de analgésicos Manejo de efectos adversos	Conoce  No conoce
Prácticas del profesional de Enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico:	Son las acciones que realizan los profesionales de enfermería para realizar la valoración y control del dolor en beneficio de su propia salud y para prevenir los riesgos a complicaciones y tratar los síntomas.	Es la respuesta expresada del profesional de Enfermería sobre todas aquellas acciones o actividades que realiza para valorar y controlar el dolor en el paciente oncológico derivada de su enfermedad o tratamiento. El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en adecuado e inadecuado.	Cuidados de enfermería en pacientes con dolor. Valoración del dolor Manejo y Control farmacológico (28 ítems)	Valoración del dolor Aplicación de las escalas de valoración del dolor Colocación de intima Comodidad y confort Instalación de analgésico para titular dosis Administración dosis rescate Identificación de efectos adversos. Manejo de registros	Adecuada  Inadecuada



UNMSM-FM-UPG  
PSEE. 2016

## ANEXO B

### INSTRUMENTO

#### PRESENTACION

Estimada (o) colega, soy la Lic. Lilia Aguilar Onofre, que estoy realizando un estudio en coordinación con el Hospital. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas con veracidad y seriedad; expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco por anticipado la participación en el estudio.

#### DATOS GENERALES

1. Servicio donde labora: Medicina I ( ) Medicina II ( ) Medicina Especializada ( )  
Oncología ( )
2. Tiempo de Servicio: En el Hospital \_\_\_\_\_: En el Servicio: \_\_\_\_\_
3. Capacitación recibida sobre valoración y manejo del dolor en paciente oncológico  
SI ( ) NO ( )

#### INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una serie de premisas, Marque con un X la respuesta que considere correcta o la más conveniente

##### 1. El dolor es:

- a. Una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial.
- b. Sentimiento intenso de pena, tristeza o lástima que se experimenta por motivos emocionales.
- c. Lesión de un órgano o tejido adyacentes: músculos, nervios.
- d. Es el resultado de un daño que ocurre en el cuerpo sea por una causa externa o interna.

##### 2. El dolor es siempre:

- a. Subjetivo.
- b. Emocional.
- c. Sensorial.
- d. Nociceptivo.

##### 3. El dolor visceral pertenece al:

- a. Dolor neuropático.
- b. Dolor nociceptivo.
- c. Dolor central.
- d. Dolor agudo.

**4. Las escalas unidimensionales para valorar el dolor son:**

- a. Escala analgésica visual.
- b. Escala de Dawton.
- c. Escala de Campbell.
- d. Escala Ramsay.

**5. Con que escala valora el dolor en un paciente inconsciente:**

- a. Escala de expresión facial.
- b. Escala de Campbell.
- c. Escala descriptiva.
- d. Escala de Ramsay.

**6. Para verificar la existencia real del dolor en un paciente es necesario confirmar los cambios de los signos vitales:** SI ( ) NO ( )

**7. En la escala numérica: 1 es no dolor y 10 máximo dolor:** SI ( ) NO ( )

**8. La OMS recomienda la titulación con opioides durante 3 días:** SI ( ) NO ( )

**9. Según la OMS sugiere combinar analgésicos del 2do y 3er escalón:**

SI ( ) NO ( )

**10. La codeína y el tramal son opioides débiles y sus dosis techo son:**

- a. Codeína 400mg/24h - tramal 240mg/24h
- b. Codeína 240mg/24h - tramal 400mg/24h
- c. Codeína 200mg/24h - tramal 420mg/24h
- d. Codeína 400mg/24h - tramal 440mg/24h

**11. La mejor opción para el tratamiento del dolor oncológico prolongado moderado- intenso es:**

- a. Fentanilo.
- b. AINES.
- c. Morfina.
- d. Tramal.

**12. La Oxycodona es un** opioide potente que no tiene techo analgésico.

SI ( ) NO ( )

**13. Combinaciones para el manejo del dolor severo:**

- a. Analgésicos no opioides y opioides débiles.
- b. Opioides potentes más coadyuvantes.
- c. Opioides potentes más opioides débiles.
- d. Opioides potentes más parches de fentanilo.

**14. La morfina se indica para el:**

- a. Dolor y disnea.
- b. Dolor y agitación.
- c. Dolor y sedación.
- d. Dolor y ansiedad.

**15. El efecto adverso más común de los opioides es:**

- a. Estreñimiento.
- b. Alucinaciones.
- c. Paro respiratorio.
- d. Convulsiones.

**16. El cambio de la íntima colocada en el sub cutáneo para manejo del dolor debe realizarse:**

- a. Cada 3 a 6 días
- b. Cada 7 a 10 días
- c. Cada 10 a 14 días
- d. Cada día

**17. Las soluciones antisépticas que se emplean en la colocación y curación del catéter periférico (intima) en el tejido subcutáneo son:**

- a. Solución jabonosa y alcohol puro.
- b. Yodopovidona espuma y alcohol puro.
- c. Yodopovidona solución y alcohol puro.
- d. Yodopovidona solución y alcohol yodado.

**18. El tiempo que debe actuar el antiséptico en la piel antes de la colocación del catéter subcutáneo es de:**

- a. 1 minuto.
- b. 2 minutos.
- c. 3 minutos.
- d. 4 minutos.

**19. Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el manejo del dolor por lo que deben evaluar el dolor en pacientes oncológicos:**

- a. Valorar la intensidad del dolor cuando el paciente lo manifiesta.
- b. valorar la intensidad del dolor solo al ingreso del paciente.
- c. Valorar la intensidad del dolor una vez al día.
- d. Valorar la intensidad del dolor cada 8 horas.

Muchas gracias

## LISTA DE COTEJO

**Nº OBSERVACION Nº 01**

### PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL DOLOR:

	SI	NO
1. Localiza el dolor.	( )	( )
2. Determina el tipo de dolor.	( )	( )
3. Orienta al paciente sobre la escala que utilizara.	( )	( )
4. Utiliza las escalas de valoración del dolor.	( )	( )
5. Determina la intensidad del dolor.	( )	( )
6. Registra en la historia clínica: localización, tipo e Intensidad del dolor.	( )	( )
7. Utiliza la escala de Campbell en paciente Inconsciente,	( )	( )

### PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE ANALGESICOS:

	SI	NO
1. Lavado de manos antes de administrar tratamiento	( )	( )
2. Administra lo que está indicado para el dolor Indagando sobre el dolor.	( )	( )
3. Si el paciente continúa con dolor, administra dosis de rescate.	( )	( )
4. La dosis rescate que utiliza es del 25 % en caso de opioide débil.	( )	( )
5. Monitoriza el dolor del paciente y determinar la eficacia del analgésico.	( )	( )
6. Las diluciones y tiempos de administración son correctos	( )	( )
7. La enfermera realiza la curación y mantenimiento de íntimas en forma correcta	( )	( )

### PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE OPIOIDES POTENTES:

	SI	NO
1. Administra la oxycodona LP en forma correcta.	( )	( )
2. Administra la morfina diluida en D5% FS 100ml en 40 a 60 min.	( )	( )
3. Administra la morfina en combinación con: metamizol, hioscina, metoclopramida.	( )	( )
4. Se preocupan por el estreñimiento del paciente.	( )	( )
5. Valoran los efectos adversos de los opioides, los registran y reportan.	( )	( )
6. Sugiere la rotación de la morfina vía oral a la EV según la Equianalgesia.	( )	( )
7. Carga e instala en forma adecuada la bomba elastomérica	( )	( )

### PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO SUBCUTÁNEO

	SI	NO
1. Lavado de manos antes de efectuar el procedimiento con jabón líquido antiséptico.	(   )	(   )
2. Colocación de guantes estériles.	(   )	(   )
3. Realiza antisepsia de la piel con yodopovidona solución al 10% y deja actuar por 2 minutos.	(   )	(   )
4. Punción en el tejido sub cutáneo con la menor manipulación posible.	(   )	(   )
5. Fija el dispositivo con apósito adhesivo y rotula la fecha de inserción y nombre	(   )	(   )
6. Cambia el apósito y rotula la fecha cada 72 horas.	(   )	(   )
7. Cambia el dispositivo a los 14 días.	(   )	(   )

## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Conocimientos y Prácticas del profesional de Enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico en el Hospital Nacional ramiro Priale Priale Huancayo 2016”.

Habiendo sido informado (a) de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurando máxima confidencialidad.

-----  
FIRMA

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Estimada Colega:

El investigador del estudio para lo cual Usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad, de la información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto.

Atentamente

-----  
Lic. Lilia Aguilar Onofre  
Autora del estudio

## ANEXO D

### TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

#### JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº DE JUEZ								p
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.145
7	1	0	1	1	1	1	0	1	0.035

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es SIGNIFICATIVA



## ANEXO E

### TABLA DE CODIGOS

#### DATOS GENERALES

N°	Pregunta-Variable	Categoría	Código
1	Tiempo de servicio en el servicio de Medicina I –II Medicina Especializada y Oncología	Menos de 1 año 1 a 5 años Más de 5 años	1 2 3
2	Capacitación recibida sobre valoración y manejo del dolor en paciente oncológico.	Si No	1 2

#### DATOS ESPECIFICOS - CUESTIONARIO

N°	Respuesta correcta	N°	Respuesta correcta
1	A = 1	12	Oxicodina V = 1
2	A = 1	13	B = 1
3	B = 1	14	A = 1
4	A = 1	15	A = 1
5	B = 1	16	C = 1
6	No = 1	17	C = 1
7	No = 1	18	B = 1
8	Si = 1	19	D = 1
9	No = 1		
10	B = 1		
11	C = 1		

**LISTA DE COTEJO   Si = 1   No =**

## ANEXO F

**TABLA MATRIZ DE DATOS - CONOCIMIENTOS**

SUJETOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOTAL
1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	9
2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	8
3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	10
4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	5
5	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6
6	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	5
7	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	9
8	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	8
9	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	6
10	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	8
11	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6
12	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8
13	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	7
14	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6
15	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	14
16	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	15
17	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	11
18	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	6
19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	15
20	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	7
21	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
22	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	9

**TABLA MATRIZ DE DATOS – LISTA DE COTEJO**

Nº	PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL DOLOR							PROC. DE ADMINISTRACION DE ANALGESICOS							PROC. DE ADMINISTRACION DE OPIOIDES POTENTES							PROC. E COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO SUBCUTÁNEO							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	5
2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	6
3	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	8
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	8
5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	10
6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3
7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	8
8	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	8
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
10	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	8
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
12	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	11
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
14	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	6
15	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	20
16	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	17
17	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	15
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	4
19	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	15
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3
21	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
22	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5

## ANEXO G

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Donde

N: Numero de sujetos=10

$\sum x$ : Sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$ : Sumatoria de los puntajes simples de la variable y      Se considera válido si  $r > 0.2$

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
1	0.37	11	0.27
2	0.37	12	0.39
3	0.38	13	0.41
4	0.29	14	0.73
5	0.60	15	0.35
6	0.51	16	-0.36
7	0.26	17	0.42
8	0.27	18	0.46
9	0.54	19	0.22
10	0.41		

Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido en cada uno de los ítems.

Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en el ítems 16, que será considerada para el procesamiento de datos.

## VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - PRACTICAS

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Donde

N: Numero de sujetos=10

$\sum x$ : Sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$ : Sumatoria de los puntajes simples de la variable y      Se considera válido si  $r > 0.2$

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
1	0.5	15	0.7
2	0.5	16	0.2
3	0.5	17	0.7
4	0.3	18	0.4
5	0.8	19	0.3
6	0.6	20	0.4
7	0.5	21	0.9
8	0.7	22	-0.2
9	0.5	23	0.3
10	0.9	24	0.4
11	0.4	25	0.3
12	0.3	26	0.5
13	0.5	27	0.6
14	0.3	28	0.8

Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en el ítem 22, que será considerada para el procesamiento de datos.

## ANEXO H

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento Cuestionario se procedió a utilizar la formula Kuder de Richardson:

$$K-R = \left( \frac{k}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum P.Q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx<sup>2</sup> : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richarson	0.62	18

$$\alpha = 0.62$$

Si el  $\alpha = 0.5$  ó  $>$  el instrumento es confiable

## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO - PRACTICAS

Para determinar la confiabilidad del instrumento Cuestionario se procedió a utilizar la formula Kuder de Richardson:

$$K-R = \left( \frac{k}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum P.Q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx<sup>2</sup> : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richarson	0.88	27

$$\alpha = 0.88$$

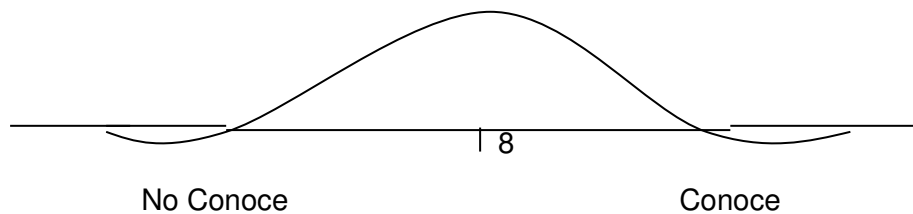
Si el  $\alpha = 0.5$  ó  $>$  el instrumento es confiable

## ANEXO I

### MEDICIÓN DE LA VARIABLE

#### CONOCIMIENTOS SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR

1. Se determinó el promedio ( $\bar{x}$ )  $\bar{x} = 8.27 = 8$

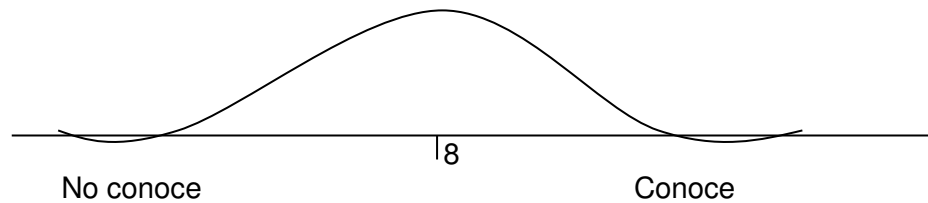


Conoce = > 9 puntos (9 – 19)

No Conoce = < 8 puntos (0 – 8)

#### PRACTICA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR

1. Se determinó el promedio ( $\bar{x}$ )  $\bar{x} = 7.7 = 8$



Adecuada = > 9 puntos (9- 28)

Inadecuada = < 8 puntos (0 – 8)



## ANEXO J

### DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERÚ 2016

DATOS GENERALES	N	%
<b>TIEMPO DE SERVICIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA I – II- ES</b>		
Menos de 1 año	03	14
1 a 5 años	06	27
Más de 5 años	13	59
TOTAL	22	100
<b>CAPACITACION SOBRE VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR</b>		
Si	12	55
No	10	45
TOTAL	22	100

*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2016*

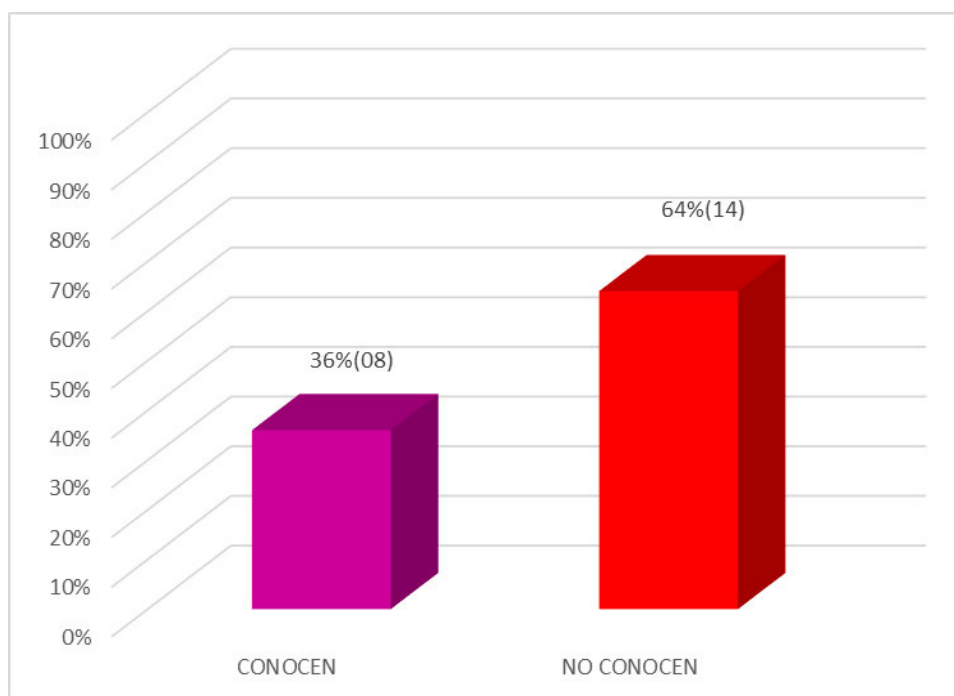
:

## ANEXO K

### CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERÚ 2016

CONOCIMIENTOS	N°	%
CONOCEN	08	36%
NO CONOCEN	14	64%
TOTAL	22	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016*



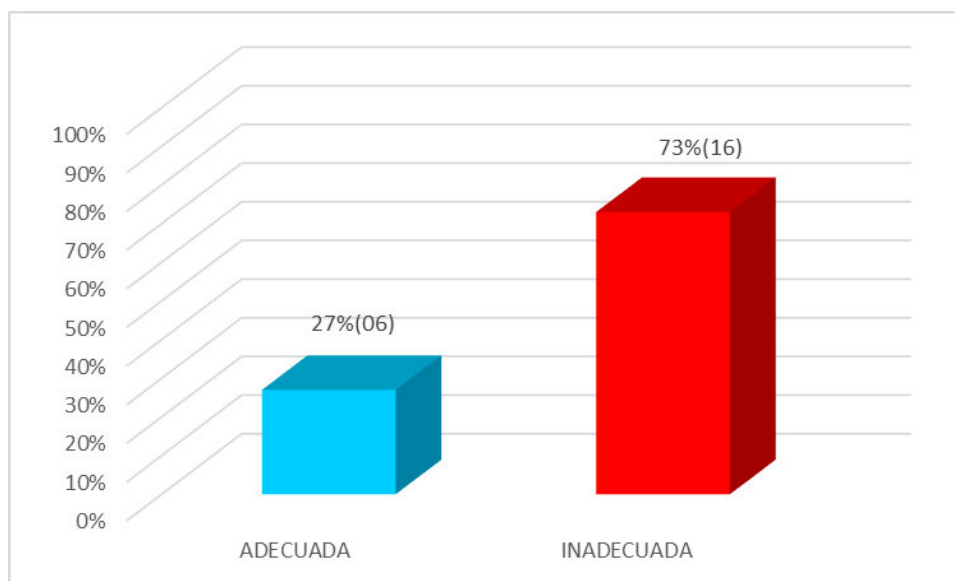
*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016*

## ANEXO L

### **PRACTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERÚ 2016**

PRACTICAS	N°	%
ADECUADA	06	27%
INADECUADA	16	73%
TOTAL	22	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016*



*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016*

## ANEXO M

### CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE VALORACION DEL DOLOR SEGÚN ITEMS EN EL PACIENTE ONCOLOGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERÚ 2016

N°	ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial.	14	64%	8	36%	22	100%
2	El dolor es siempre subjetivo	13	59%	9	41%	22	100%
3	El dolor visceral es un dolor nociceptivo.	6	27%	16	73%	22	100%
4	Las escalas unidimensionales para valorar el dolor está dada por la escala analgésica visual.	19	86%	3	14%	22	100%
5	La escala que valora el dolor en un paciente inconsciente se denomina escala de Campbell	10	45%	12	55%	22	100%
6	Para verificar la existencia real del dolor en un paciente no es necesario confirmar los cambios de los signos vitales.	6	27%	16	73%	22	100%
7	En la escala numérica: 1 es no dolor y 10 máximo dolor:	4	18%	18	82%	22	100%
8	La OMS considera recomendable la titulación con opioides durante 3 días	8	36%	14	64%	22	100%
9	Según la OMS sugiere no combinar analgésicos del 2do y 3er escalón,	7	32%	15	68%	22	100%
10	La codeína y el tramal son opioides débiles y sus dosis techo son codeína 240mg/24h - tramal 400mg/24h.	11	50%	11	50%	22	100%
11	La mejor opción para el tratamiento del dolor oncológico prolongado moderado- intenso es la morfina	18	82%	4	18%	22	100%
12	La oxicodona es un opioide potente que no tiene techo analgésico.	3	14%	19	86%	22	100%
13	Las combinaciones para el manejo del dolor severo está dado por opioides potentes más coadyuvantes	12	55%	10	45%	22	100%
14	La morfina se indica para el dolor y disnea.	4	18%	18	82%	22	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016*

N°	ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
15	El efecto adverso más común de los opioides es el estreñimiento	3	14%	19	86%	22	100%
16	El cambio de la íntima colocada en el sub cutáneo para manejo del dolor debe realizarse cada 10 a 14 días.	11	50%	11	50%	22	100%
17	Las soluciones antisépticas que se emplean en la colocación y curación del catéter periférico (intima) en el tejido subcutáneo son yodopovidona solución y alcohol puro.	16	73%	6	27%	22	100%
18	El tiempo que debe actuar el antiséptico en la piel antes de la colocación del catéter subcutáneo es de 2 minutos.	13	59%	9	41%	22	100%
19	Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el manejo del dolor por lo que deben evaluar el dolor en pacientes oncológicos, para valorar la intensidad del dolor cada 8 horas.	4	18%	18	82%	22	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016*

## ANEXO N

### PRACTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE VALORACION Y CONTROL DEL DOLOR SEGÚN ITEMS EN EL PACIENTE ONCOLOGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO 2016 HUANCAYO – PERÚ 2016

N°	ITEMS	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL DOLOR</b>						
1	Localiza el dolor	15	68%	7	32%	22	100%
2	Determina el tipo de dolor	1	5%	21	95%	22	100%
3	Orienta al paciente sobre la escala que utilizara	1	5%	21	95%	22	100%
4	Utiliza las escalas de valoración del dolor	1	5%	21	95%	22	100%
5	Determina la intensidad del dolor	4	18%	18	82%	22	100%
6	Registra en la historia clínica: localización, tipo e intensidad del dolor	4	18%	18	82%	22	100%
7	Utiliza la escala de Campbell en paciente	1	5%	21	95%	22	100%
	<b>PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE ANALGESICOS</b>						
8	Lavado de manos antes de administrar tratamiento	11	50%	11	50%	22	100%
9	Administra lo que está indicado para el dolor indagando sobre el dolor	7	32%	15	68%	22	100%
10	Si el paciente continúa con dolor, administra dosis de rescate	4	18%	18	82%	22	100%
11	La dosis rescate que utiliza es del 25 % en caso de opioide débil	1	5%	21	95%	22	100%
12	Monitoriza el dolor del paciente y determinar la eficacia del analgésico	3	14%	19	86%	22	100%
13	Las diluciones y tiempos de administración son correctos	3	14%	19	86%	22	100%
14	La enfermera realiza la curación y mantenimiento de intimas en forma correcta	7	32%	15	68%	22	100%
	<b>PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE OPIOIDES POTENTES</b>						
15	Administra la oxicodona LP en forma correcta	5	23%	17	77%	22	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016*

N°	ITEMS	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
	<b>PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE OPIOIDES POTENTES</b>						
16	Administra la morfina diluida en D5% FS 100ml en 40 a 60 min.	18	82%	4	18%	22	100%
17	Administra la morfina en combinación con metamizol, hioscina, metoclopramida	8	36%	14	64%	22	100%
18	Se preocupan por el estreñimiento del paciente	1	5%	21	95%	22	100%
19	Valoran los efectos adversos de los opioides, los registran y reportan	1	5%	21	95%	22	100%
20	Sugiere la rotación de la morfina vía oral a la EV según la Equianalgesia	1	5%	21	95%	22	100%
21	Carga e instala en forma adecuada la bomba elastomérica	4	18%	18	82%	22	100%
	<b>PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO SUBCUTÁNEO</b>						
22	Lavado de manos antes de efectuar el procedimiento con jabón líquido antiséptico.	10	45%	12	55%	22	100%
23	Colocación de guantes estériles	11	50%	11	50%	22	100%
24	Realiza antisepsia de la piel con yodopovidona solución al 10% y deja actuar por 2 minutos.	2	9%	20	91%	22	100%
25	Punción en el tejido sub cutáneo con la menor manipulación posible	18	82%	4	18%	22	100%
26	Fija el dispositivo con apósito adhesivo y rotula la fecha de inserción y nombre	14	64%	8	36%	22	100%
27	Cambia el apósito y rotula la fecha cada 72 horas.	7	32%	15	68%	22	100%
28	Cambia el dispositivo a los 14 días	7	32%	15	68%	22	100%

Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. 2016